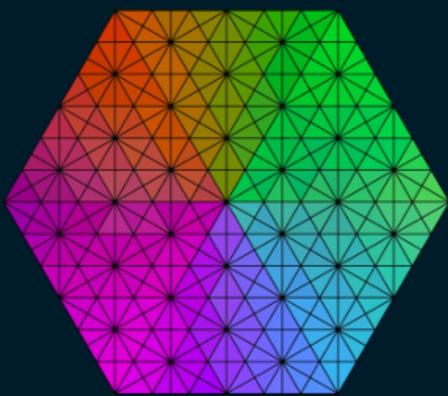




Fábrica de Mundos

Ousando realizar o sonho de uma vida melhor

André Renê Barboni
Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni
(Orgs.)



Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade

Ficha catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado – UEFS

F121 Fábrica de Mundos [recurso eletrônico]: ousando realizar o sonho de uma vida melhor /André Renê Barboni, Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni (organizadores). – Feira de Santana: UEFS/NFSEE, 2025.

278 p.: il.

Vários autores

Ebook

Formato PDF

ISBN 978-65-01-85374-1

1. Saúde. 2. Terapias alternativas. 3. Terapia ocupacional. 4. Meditação. 5. Vacinas. 6. Hanseníase. 7. Saúde feminina. 8. Sífilis. 9. Anemia ferropriva I. Barboni, André Renê, org. II. Barboni, Suzi de Almeida Vasconcelos, org. III. Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade. IV. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU: 614+615.85

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária – CRB-5/695

Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade da UEFS

Av. Transnordestina, S/N – CRIS – Anexo do MT6

Novo Horizonte – CEP: 44.360-900

Feira de Santana – BA

Tel.: (75) 3161-8380 | E-mail: barboni@uefs.br

<http://fsee.uefs.br/>

André Renê Barboni
Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni
(Organizadores)

Fábrica de Mundos

Ousando realizar o sonho de uma vida melhor

Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde,
Educação e Espiritualidade da UEFS

Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade (NFSEE)

1^a Edição – Copyright©2023 livre

Direitos de Edição Reservados ao Núcleo de Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei no 9.610/98. Se incorreções forem encontradas, serão de exclusiva responsabilidade de seus organizadores. Foi realizado o Depósito Legal na Fundação Biblioteca Nacional, de acordo com as Leis nos 10.994, de 14/12/2004, e 12.192, de 14/01/2010.

FICHA TÉCNICA

REITORA	Amali de Angelis Mussi
VICE-REITORA	Rita de Cássia Brêda Mascarenhas Lima
PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO	Taíse Bomfim de Jesus
PRÓ-REITORA DE GRADUAÇÃO	Rosa Eugênia Vilas Boas Moreira de Santana
DIRETORA DO DSAU	Sílvia da Silva Santos Passos
COORDENADOR DO NFSEE-UEFS	André Renê Barboni
PRODUÇÃO EDITORIAL	André Renê Barboni
REVISÃO	André Renê Barboni
DIAGRAMAÇÃO	Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni
CAPA	André Renê Barboni
PREFÁCIO	Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni

Dedicatória

Para

*Jorge Nery, Beto Lago, Davi Taraboulos, Tia Devanice, Tony Oliver, Mariá
e Adélia Almeida, os autores dos capítulos que compõem este livro e os seus
entes queridos!*

“A família é o lugar onde as mentes entram em contato entre si. Se essas mentes amam umas as outras, o lar será tão bonito quanto um jardim florido. Mas se essas mentes entrarem em desarmonia umas com as outras, será como uma tempestade que destrói o jardim.”

Buda

Apresentação

Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano. Sempre que alguém descobre esse poder, algo antes considerado impossível, se torna realidade.

Albert Einstein

Esta frase, de Albert Einstein, tem tudo a ver com o lema do Centro de Referência de Informação em Saúde (CRIS): “Sem saber que era impossível, foi lá e fez” e, o primeiro passo para fazer o impossível é sonhar com ele se realizando. Aqui, fabricamos mundos a partir da ousadia de sonhar com uma vida melhor, com uma sociedade orgânica onde cada um faz o seu melhor, na sua função é perfeito e trabalha na lógica do amor altruísta que tem no outro um irmão, alguém a ajudar nas suas dificuldades, seguindo uma lógica de colaboração na contraposição da lógica de competição que hoje nos coloca à beira da destruição.

Isso está de acordo com a filosofia evolucionária de Pietro Ubaldi, um filósofo espiritualista italiano que viveu e escreveu boa parte da sua obra no Brasil e que fazemos questão de apresentar o seu elevado pensamento aos nossos alunos, todo semestre.

Este livro é, em boa parte, fruto do trabalho que temos construído com os nossos alunos e sua produção, reflete, em certa medida, o que trabalhamos em sala de aula. Um trabalho feito como muita dedicação e seriedade num ambiente que pactuamos ser “não-dogmático” (que não toma nada como verdade), condição fundamental para que o diálogo ocorra, para que cada um possa se expressar livremente, mas com o respeito que um bom ambiente acadêmico deve primar, e o que é mais importante: estimular cada um a “pensar-por-si-mesmo”, condição indispensável para que se possa, como diria Immanuel Kant, assumir a sua “maioridade” e ir para a vida adulta de um cidadão verdadeiramente autônomo, pois quem não “pensa-por-si-mesmo”, não consegue ser livre e mais ainda, para usar termos da atualidade: não consegue identificar e, quem sabe talvez, ter a coragem de sair de uma “bolha” ruim.

Há séculos, os “astutos” já perceberam que a manipulação dos medos de um homem é uma forma fácil de manipular a sua vontade e isso tem sido usado por grupos de esquerda e de direita, dentro e fora do ambiente acadêmico. Portanto, o que estamos fazendo é altamente subversivo, o sabe bem Sócrates.

Fazemos isso de forma reta e consciente. Com base no princípio da liberdade de cátedra trabalhamos temas polêmicos com os nossos alunos e se eles se incomodam, e alguns se incomodam, o problema está em nós ou deveriam eles investigar esse incômodo? Na nossa autonomia em sala de aula, oferecemos a eles o ambiente acolhedor e sem julgamentos para que eles possam ter a coragem de investigar, por eles mesmos, isso numa jornada que ninguém pode fazer por eles. Numa jornada que certamente traz muitos desafios, dores, amores, tristezas e felicidades, mas que os fará conhecer o seu verdadeiro EU, no mais profundo do seu ser e que, livre das máscaras e ilusões da sua vida, lhes dará a leveza e a confiança necessárias para que eles possam encontrar o seu propósito na vida e com leveza e resiliência serem tudo aquilo que eles podem ser, num mundo que é desigual, mas que não precisa ser injusto e cruel. Um mundo em que cada um encontre o seu lugar de alegria, trabalho e felicidade. Onde o trabalho seja propósito de vida e nunca mais exploração. Onde haja respeito e a responsabilidade social seja algo inerente à condição humana e não só algo bonito para defender publicamente, mas verdadeiramente não ser praticado.

A humanidade do futuro precisa assumir esse novo “referencial”. Isso não é só um desejo, mas é uma necessidade e uma questão de sobrevivência e quando se pensa na colonização de outros planetas, não se deve ignorar a história para não se reproduzir os erros do passado, pois isso só adiaría o momento de encararmos o nosso lado sombra, que nos impede de ver a luz. Sejamos mais inteligentes pois: se podemos ser bons, porquê não sé-lo?

Então, *Sapere audet!*

Feira de Santana, 09 de dezembro de 2025.

André Renê Barboni

Prefácio

Assim como os anteriores desta série, este livro tem uma história e proposta bastante originais. Desde 1988 quando conheci André Barboni, na UnB, que estamos nessa empreitada pessoal de darmos o melhor de nós para o mundo e, nas estranhas e mágicas leis da sincronicidade, nosso encontro aconteceu e gerou um potente impacto mútuo sobre nossas vida e personalidades, mesmo porque fomos descobrindo como nossas histórias e visões de mundo eram parecidas.

Para começo de conversa, somos devotos de Santo Antônio de Pádua e de São Francisco de Assis, damos graças por tudo a estes dois iluminados espíritos inteventores que têm um papel fundamental em nossas vidas e escolhas. Mais ainda, a nossa jornada de leituras e discussões domésticas sobre a Obra de Pietro Ubaldi, gerando uma grande cumplicidade, propósito de vida e força nas buscas espirituais.

Na Carreira de Magistério do Ensino Superior da UEFS, a partir de nossa ação docente, abriu-se um leque de oportunidades com disciplinas, oficinas, eventos e projeto de extensão em comum que possibilitou batalharmos por uma Universidade que fosse não apenas formadora de bons profissionais e de cidadãos conscientes de suas responsabilidades, mas também de pessoas plenas, saudáveis, justas, sistêmicas, orgânicas e felizes.

Durante a pandemia de Covid-19, em especial nos anos 2020-21, com o necessário isolamento social determinado pelo Ministério da Saúde, tivemos que nos reinventar enquanto professores, e iniciamos junto com quase duas centenas de alunos do Período Letivo Extraordinário da UEFS (PLE-UEFS) – aulas remotas nas disciplinas optativas BIO161 Saúde e Espiritualidade e BIO163 Terapias Corporais, discussões sobre vida, saúde, espiritualidade, alegria, personalidade, baseado em Reich, Lowen, Groff e Ubaldi. saindo desta rica experiência a primeira publicação com apoio da Pró-Reitoria de Extensão¹. Neste primeiro livro, os alunos foram estimulados a escrever seus textos, textos nascidos em sala de aula virtual, como processo educativo sob nossa orientação, que passaram a compor os livros pdf gratuitos, como relatório das atividades do NFSEE².

A partir de então e superado o horror dos tempos pandêmicos, engatilhamos outros quatro livros com dezenas de trabalhos, todos editados em pdf, gratuito, acessível pela página da UEFS (<https://cris.uefs.br>). Estes livros escritos por nós, por colaboradores e pelos alunos têm finalidades bem práticas,

¹ BARBONI, A. R.; BARBONI, S. A. V. (Orgs.). **Bricolagem com experiências acadêmicas remotas em tempos de Covid-19.** – Feira de Santana - BA: Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade da UEFS / UEFS. 2021. 352 p. ISBN 978-65-00-23216-5

² Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade.

concentradas numa única missão, na proposta da curricularização da Extensão: a de colocar em circulação pública o máximo de conteúdo que possa divulgar a Espiritualidade, a vivência dos alunos, e com destaque para nós, o pensamento de Ubaldi.

Os autores são alunos/alunas, colaboradores e colegas que produziram vínculos positivos conosco seja pela similaridade de pensamento, respeito seja alegria da convivência. Por experiência nossa, o trabalho extensionista e de ensino podem produzir um círculo de amizade e companheirismo que sobrepõe o efêmero, mas um movimento que pertencemos, que existe e persiste não só por conta dos interesses acadêmicos, sobretudo por influência do cultivo de sonhos que juntos todos respiramos.

Convém assinalar o papel importante que André, além de editor mas sobretudo como professor do ensino superior, assume no que concerne às discussões e orientações necessárias com os estudantes sobre Bioética, plágio, responsabilidade na escrita científica e inteligência artificial (IA), nestes tempos em que a utilização de bases de dados virtuais, recursos tecnológicos e IA experimentaram um aumento significativo. A promoção da ética acadêmica é uma prática pedagógica construída cotidianamente pelo conjunto de professores e completam-se mutuamente e que contribuem para uma cultura de integridade no ensino superior.

As edições destes livros são feitas em nosso gabinete de estudos em nossa casa onde temos infraestrutura organizada, livros, fotografia, arquivos. Neste gabinete, André faz, pelas madrugadas a dentro, a edição dos livros do NFSEE e as traduções da Obra de Ubaldi, numa mesa em frente a minha, e juntos, debatemos, ouvimos músicas, orações, palestras, com as brisas da natureza que nos visitam trazendo emanações salutares nutrindo nossa experiência de vida intelecto-espirituais à dois.

Postei, um dia desses, nas redes sociais uma fotografia de ângulo superior que retratava um momento nosso de trabalho: eu e André neste nosso gabinete, expondo nossa mesa caótica e cercados por nossos objetos. Nosso colega querido Prof. Jorge Nery (DCHF-UEFS) foi o primeiro a “curtir” a postagem e com seu coração generoso e olhar poético escreveu nos comentários: “Fábrica de Mundos”.

Nosso querido Jorge (me perdoe aqui, meu irmão, uma ou outra inexatidão de informações) é professor da UEFS e tem currículo muito extenso de professor, extensionista e pesquisador, que não vou detalhar aqui. Jorge foi forjado no ambiente das classes trabalhadoras do semiárido da Bahia e também partilha conosco de sonhos de justiça social, respeito pela vida, que vem de berço, desde tenra idade quando aprendeu sobre o Evangelho. É pai, pastor e portador de humildade, serenidade e modéstia visíveis e que sempre me impressionaram. Luta incansavelmente há anos pelo diálogo e pela convivência religiosa pacífica,

em especial do Protestantismo com as religiões de matriz africana, expondo-se a cancelamentos e críticas absurdas de sua denominação. Já prefaciou outro livro nosso³ com tanto carinho que dá gosto de ler, e é este gigante quem batiza sexto livro do NFSEE ele, André também dedica o presente volume.

Nesta “Fábrica de Mundos” somos operários, operários comprometidos com mundos novos, de paz, de justiça social, de boa qualidade dos serviços de saúde e do ensino. Sentimos a mesma impressão que Ubaldi escreve em “As Noúres”: elevação espiritual, contato com a natureza, luz do sol, brisa e silêncio. Damos graças pelas chuvas, pelas pessoas que se revelam amorosas, dispostas a contribuir material e espiritualmente por um mundo de melhor governança e mais luz.

Organizado por André, o livro é dedicado à pessoas amadas, que nos querem bem, que andam conosco e que a eles André brinda e oferece estas páginas. Agrega 29 textos fluidos, contributos de alunos e colaboradores, os quais versam sobre temas diversos que dão a argamassa para a construção de mundos. Dentro do enfoque e na perspectiva interdisciplinar do NFSEE, esta diversidade de temas é mais um exemplo de sua grandeza e visibiliza seu vigor mostrando sua versatilidade.

Creio que André esteja ciente da sua responsabilidade sobre seus ombros em trazer mais um livrinho à lume. Parabéns por mais esta realização! Ao mesmo tempo, coletivamente como autores e colaboradores, avançamos firmes e confiantes, uma vez que temos certeza na luta pacífica e honesta, e quando olhamos para nossos companheiros de trincheira, temos a convicção de que estamos no caminho certo.

Feira de Santana, 09 de dezembro de 2025.

Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni

³ BARBONI, A. R.; BARBONI, S. A. V. (Orgs.) **Ateliê de Empatia**. Feira de Santana - BA: Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade da UEFS/UEFS. 2021b. 129p. ISBN: 978-65-00-28713-4.

SUMÁRIO

MEDITAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL INTEGRATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA.....	15
<i>Máuse Santiago da Silva</i>	
MASSOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IDOSO: UM ENSAIO SOBRE O CONCEITO DE “MULTIDIMENSIONALIDADE DO SER” APLICADO A TRÊS ESTUDOS NACIONAIS.....	49
<i>Alexandri Costa Nascimento</i>	
MEDICINAS TRADICIONAIS: A SABEDORIA ANCESTRAL NO CUIDADO COM A SAÚDE.....	71
<i>Bianca Suzann Neri; Camyla da Silva Costa</i>	
BUDISMO, FERRAMENTA PARA MANUTENÇÃO DO SER ATIVO.....	79
<i>Cleiton Cintra da Silva</i>	
MASSAGEM PARA PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO: UMA TERAPIA E SEUS BENEFÍCIOS.....	84
<i>Daniel Silva de Jesus Ferreira</i>	
A MUSICOTERAPIA COMO MÉTODO COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DE PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS.....	87
<i>Davi Casales de Oliveira</i>	
QUIROPRAXIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	90
<i>Everton de Jesus Santana</i>	
A EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ATUANDO NO CENTRO ESPECIALIZADO DE REabilitação (CER): GRUPO TERAPÉUTICO DE MATERNIDADE ATÍPICA – DESAFIOS, PÔTENCIALIDADES E ESTRATÉGIAS NA CONVIVÊNCIA COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	96
<i>Fábia Kelly Santana Cerqueira</i>	
HOMENS, PLANTAS E A ANCESTRALIDADE QUE OS CERCAM.....	103
<i>Gabriel Rocha Martins</i>	
MUSICOTERAPIA: QUANDO A MÚSICA FALA À ALMA.....	107
<i>José Lucas de Almeida Santos</i>	
MUSICOTERAPIA E SAÚDE: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS, CIENTÍFICAS E CLÍNICAS.....	110
<i>Maria Eduarda Araújo Oliveira</i>	
A IMPORTÂNCIA DA EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM DOENÇAS, TRANSTORNOS OU SÍNDROMES.....	115
<i>Tiago Alves da Silva</i>	
ARTETERAPIA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA INTERFACE COM A PSICOLOGIA COM BASE HUMANISTA.....	121
<i>Thiago Oliveira da Silva Gonzaga</i>	
PRÁTICAS INTEGRATIVAS: AROMATERAPIA.....	129
<i>Agenilva França Santos</i>	
VACINAS: O MOVIMENTO ANTIVACINA E O (RE)SURGIMENTO DE EPIDEMIAS.....	142
<i>Alice Carmo Oliveira</i>	
HANSENÍASE: ASPECTOS HISTÓRICOS, CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA DOENÇA MILENAR.....	153
<i>Camille Jayane Sampaio Paes Alves</i>	
DA SÍFILIS À SÍFILIS CONGÊNITA: PANORAMA HISTÓRICO, CAUSAS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.....	164
<i>Cleiton Almeida de Freitas</i>	
REIKI: PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR E SEUS EFEITOS TERAPÉUTICOS NA SAÚDE.....	174
<i>Gildásio de Jesus Carvalho</i>	

A DESUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE FEMININA: DO VIÉS SISTÊMICO AO GASLIGHTING MÉDICO.....	185
<i>Giovanna Venas Oliveira</i>	
MAL DOS POETAS.....	190
<i>Lara Leal Marques</i>	
DESIGUALDADES REGIONAIS E SOCIAIS NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL.....	197
<i>Maria Júlia Reis Araújo</i>	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR HIV/AIDS NA BAHIA.....	207
<i>Nathálya Daltro Gonçalves do Nascimento</i>	
VOLUNTÁRIA INTERNACIONAL: DE PSICÓLOGA A VOLUNTÁRIA EM UMA VIDA COMPARTILHADA E TRANSFORMADORA.....	215
<i>Rebeca Ribeiro Ferreira</i>	
ACONCHEGO DA DESPEDIDA: FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUAIS EM NEONATOLOGIA.....	220
<i>Roquenei da Purificação Rodrigues</i>	
TECENDO SENTIDOS NA FINITUDE: A TERAPIA OCUPACIONAL COMO ELO ENTRE CUIDADO PALIATIVO, ESPIRITUALIDADE E LEGADO.....	226
<i>Roquenei da Purificação Rodrigues</i>	
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ANEMIA FERROPRIVA EM UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	230
<i>Laís Chaves Campos; André René Barbosa</i>	
ANEMIA FERROPRIVA (AFP), ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA ANÁLISE DOS DADOS DISPONÍVEIS NO SITE DO DATASUS.....	252
<i>Laís Chaves Campos; André René Barbosa</i>	
EMPREENDEDORISMO SOCIAL: DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	264
<i>Ariel Pires de Andrade Pires</i>	
OS EFEITOS E APLICAÇÕES DA MEDITAÇÃO E MINDFULNESS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E MANEJO DA ANSIEDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....	268
<i>Mateus Gonçalves dos Santos Pinho</i>	

MEDITAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL INTEGRATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Maise Santiago da Silva¹

*"Agora mesmo, quando me examino, vejo
Que tudo que fiz até hoje só aumentou minha confusão,
Todos os meus pensamentos têm sido maculados pela fixação e pelas aflições mentais.
Sem perceber que mesmo meus atos virtuosos são contaminados com negatividades?
Que outro destino me resta senão os reinos inferiores?
Quando observo minhas ações e padrões de comportamento,
Fico doente só de lembrar o que fiz.
(...)*

*Se eu não cuidar de mim mesmo hoje,
Outros não poderão me dar refúgio quando a esperança acabar"*

(Gotas de sabedoria – Prece aos Três Kayas do Lama)

Isto é MEDITAR!

RESUMO:

Introdução: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) podem ser aplicadas por professores de Educação Física que por definição atuam com práticas corporais e atividade física, entre as elas, a Meditação. **Objetivo:** Descrever as atribuições e responsabilidades do professor de Educação Física atuando com Meditação no ambiente escolar, mediante revisão bibliográfica. **Metodologia:** Levantamento e análise de artigos, TCC, dissertações, teses e documentos, em especial a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, 2006), Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPICS-Bahia, 2019). **Resultados:** Os trabalhos analisados valorizam a Meditação como prática corporal integrativa cujas técnicas favorecem a saúde, bem estar e a qualidade de vida, em seus amplos aspectos sendo indicada tanto na PNPIC como na PEPICS-Bahia como agente na promoção e recuperação da saúde bem como para prevenção de agravos e doenças no aspecto físico, mental, emocional e espiritual. Fazendo-se a transposição para o ambiente escolar foram encontradas experiências exitosas para melhoria da ansiedade, estresse, dos alunos.

1 Graduanda em Licenciatura em Educação Física na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Conclusão: Apesar de ser aplicada por terapeutas diversos, recomenda-se neste estudo, a Meditação como um dos campos do professor de Educação Física na escola, cujas atividades podem envolver movimentos físicos valorizando as práticas corporais integrativas, a saúde mental e o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Física. Meditação. Saúde do Escolar.

1. APROXIMAÇÃO COM O TEMA E DESENHO DO ESTUDO:

Desde que comecei a praticar Meditação em 2019, percebi uma mudança no meu comportamento, nas minhas emoções, e, sobretudo, nas minhas relações pessoais. Independentemente da técnica, uma vez que são múltiplas as metodologias da Meditação, atentei ao meu eu interior, buscando sempre o autoconhecimento. Para além da importância e centralidade do corpo e das emoções, senti que a Meditação era um caminho de autorregulação e cura integral.

Como professora de Educação Física, através da vivência cotidiana escolar, percebi o quanto os alunos, crianças e adolescentes, estão presos em suas inquietações, gerando dificuldade nas sociabilidades, concentração e aprendizagem. Diante desta preocupante realidade que se agrava a cada dia, pensei: “Por que não proporcionar Meditação aos alunos? Quais os benefícios surgirão com a Meditação na escola?”

Debrucei-me sobre a bibliografia, busquei artigos, TCCs, dissertações, teses, relatos de experiência sobre o tema da Meditação/Meditação no ambiente escolar, entendendo esta como umas das práticas corporais integrativas (ANTUNES, MARTINEZ,FRAGA, 2023) que promovem saúde.

Todos os autores pesquisados enxergam a Meditação como uma prática de suma importância para a saúde, com destaque para a saúde mental, uma vez que estamos passando por mudanças sociais no mundo contemporâneo com reflexos psicológicos negativos muito fortes. Neste aspecto, os vulneráveis, como as crianças e os adolescentes, que se constituem na grande massa do ensino fundamental e médio, estão mais e mais sendo diagnosticados com ansiedade, depressão, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH); estão ainda cheios de emoções acumuladas e não expressas de forma saudável, dificuldades no âmbito dos relacionamentos afetivos, perdas do sentido de infância/adolescência, dores musculares, de cabeça e mal estar difuso, entre outros infortúnios.

Dados publicados pelo Ministério da Saúde, conforme a Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA, o número de casos de TDAH variam entre 5% e 8% a nível mundial. No Brasil, estima-se a prevalência de TDAH em torno de 7,6% de crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos (BRASIL, 2022), semelhante à relatada no mundo. Alerta a ABDA que 70% das crianças portadoras apresentam outra comorbidade e pelo menos 10% apresentam três ou mais comorbidades² o que leva a uma condição de saúde muito mais fragilizada pelo somatório de problemas de saúde. Além de enfrentar doenças físicas estes jovens e crianças têm que cuidar de um sofrimento emocional.

Jovens e crianças com TDAH apresentam problemas no rendimento escolar. Há outros com dificuldade para expor seus sentimentos que podem se tornar agressivos e vulneráveis. Dificuldades no âmbito dos relacionamentos afetivos podem conduzir ao não pertencimento, distanciamento. Já as perdas do sentido de infância/adolescência, pela violência doméstica, por abuso físico e sexual, ou até a perda de um dos pais, pode conduzir a problemas emocionais e comportamentais.

O risco da criança e do adolescente desenvolver transtornos mentais, como ansiedade, nervosismo, impulsividade, depressão, estresse e transtornos de conduta, aumentam conforme a exposição a diferentes tipos de traumas e caso não haja nenhum tipo de intervenção de saúde (JORNAL DA USP, versão online, 2025).

A professora Alicia Matijasevich do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP afirma que

Os traumas na infância e adolescência têm um impacto significativo na saúde mental. Nossos achados ressaltam a importância de estratégias de prevenção e intervenção precoce para mitigar os efeitos desses eventos ao longo da vida adulta. (JORNAL DA USP, versão online, 2025).

Com minha experiência prática associada à minha formação em Educação Física, e posteriormente, ao levantamento bibliográfico prévio que fiz, diante deste cenário complexo e desolador, defendo que as práticas meditativas podem se tornar um método auxiliar terapêutico junto com outros advindos da equipe multidisciplinar (e não apenas profissionais “psi”) trabalhando no indivíduo suas emoções, estabelecendo uma relação de autocuidado e autoconhecimento, alcançando também sua relação familiar, com a escola, com os professores e seus colegas.

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/entre-5-e-8-da-populacao-mundial-apresenta-transtorno-de-deficit-de-atencao-com-hiperatividade>.

Embora a Meditação ajude na promoção da saúde, na prevenção de doenças/agravos e no controle de algumas patologias, ela não deve ser vista como um agente de cura mas, sim, como um complemento combinado com outras estratégias, às intervenções e reabilitação psicossociais, proporcionando um suporte para obtenção da qualidade de vida.

Aqui a meditação não é “romantizada”, mostrada como panaceia, mas vista por um prisma realista, ressaltando-se a necessidade de combinar Meditação com tratamentos médicos e psicológicos, ambiente familiar/escolar, o que evidencia a saúde mental como de fato é: complexa.

Assim uma leitura crítica da nossa sociedade pós-industrial mostra que não podemos centralizar o problema da saúde mental no sujeito, mas considerar todos os determinantes do processo saúde-doença, afinal, o capitalismo/sistema/trabalho também provoca adoecimentos.

Entendida como uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a Meditação nos leva a nos reconhecermos como seres totais corpo-mente-espírito e não objetiva apenas corrigir um problema, ou tratar o indivíduo de forma isolada, fragmentada.

Ela pode ser aplicada por qualquer pessoa com formação ou vivenciada de forma autônoma. Como não há no Brasil regulamentação por conselhos profissionais, não sendo se quer necessário ter uma graduação em saúde, diversos terapeutas de diferentes formações acadêmicas/senso comum/religiosos têm ministrado a prática. Ainda assim, a prática da Meditação deve primar por certos requisitos imprescindíveis, como a biossegurança, atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, ética, olhar compassivo e desenvolvimento do vínculo e confiança entre os integrantes. O terapeuta integrativo é o agente mediador, garantidor desses requisitos e responsável pela saúde das pessoas participantes.

Para uma boa intervenção, o terapeuta integrativo deve avaliar condições físicas, emocionais e sociais do usuário, indicar a Meditação mais adequada conforme as necessidades e as expectativas de cada indivíduo, permitindo uma experiência de bem estar mais personalizada e eficaz.

Na esfera da atuação clínica, a Meditação é conduzida por psicoterapeutas profissionais, a partir de diferentes abordagens e escolas sendo entendida como campo das psicoterapias corporais. Saindo do campo psicoterápico propriamente dito, e adentrando o ambiente escolar, tanto o

professor de diversas disciplinas, o pedagogo assim como o professor de Educação Física podem implantar e aplicar a técnica de Meditação.

Assim, junta-se a Meditação à Educação Física cujas atividades podem envolver movimentos físicos valorizando a práticas corporais integrativas, a saúde mental e o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes.

Como resultados, o favorecimento no processo de aprendizagem do aluno, melhoria da qualidade de vida e diminuição da violência escolar podem ser esperados. Potencializando esse processo, poderemos observar mudanças no comportamento do aluno dito indisciplinado e também no comportamento do aluno mais tímido, contribuindo assim, para uma aula com proveito, aprendizagem, relações sociais amigáveis.

Cientes de que a abordagem multidisciplinar para enfrentamento das questões de saúde de escolares envolve a colaboração de profissionais de diversas áreas, além dos professores, como pedagogos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, reconhecemos a complexidade dos problemas e a necessidade de uma intervenção que leve em conta não apenas os aspectos biológicos, sociais e ambientais mas aspectos emocionais e espirituais proporcionando através das diversificadas intervenções terapêuticas que possam ser adaptadas às necessidades individuais de cada usuário, sendo a Meditação uma forte candidata para efeitos imediatos.

Assim, apresento o presente estudo o qual consiste em uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2012) é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. É fundamental que o pesquisador se aproprie no domínio do conhecimento recente e atualizado e sistematize todo o material que está sendo analisado. Quanto ao tipo da pesquisa, a mesma se configura como Integrativa, pois, compila, esquematicamente, estudos científicos de um determinado domínio com a finalidade de compreendê-lo e a partir disso gerar novos conhecimentos consoante os resultados já alcançados anteriormente.

Apresenta um caráter descritivo que ainda de acordo com Gil (2012) consiste em estudar determinadas populações ou fenômenos ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

No que tange a abordagem, a mesma é classificada como qualitativa que de acordo com Minayo (2001) se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O material bibliográfico que compõe o estudo é constituído por livros, artigos, TCCs, teses e dissertações, publicados no recorte temporal no período de 2019 à 2025, englobando a vigência da pandemia e pós-pandemia. Estes foram obtidas através de um levantamento *online* a partir dos descritores: Meditação, Escola, PICS, Educação Física, SUS, Ambiente Escolar, nos portais Google Acadêmico, Site FIOCRUZ, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no Banco de Teses e Dissertações CAPES – Domínio Público e Plataforma Sucupira e Repositórios Acadêmicos e LILACS, basicamente.

No levantamento bibliográfico realizado no Google Acadêmico no curso deste estudo, utilizando simultaneamente os descritores em língua portuguesa “Meditação” e “Ambiente Escolar”, foram encontradas 31.200 citações. Quando foi aplicado o filtro por período de publicação 2019-2025, o número cai para 14.500 citações, mantendo ainda o alto índice de publicações.

Como é humanamente impossível no contexto de um TCC e no tempo disponível para sua realização o trabalho com mais de 14 mil referências, foram selecionadas cerca de 45 (quarenta e cinco) pelo título, em especial, a recente revisão bibliográfica de Popp, Favretto e Reis (2022).

Ressalve-se que foram incluídas apenas 02 (duas) referências em língua inglesa para exemplificar o alcance da meditação nas escolas estrangeiras.

A partir do material selecionado, foi feito um fichamento e produzido um texto narrativo caracterizado como “Desenvolvimento” e no bojo foi inserida uma tabela demonstrativa de alguns trabalhos, com os seguintes itens: Tipo de Obra, Ano de Publicação, Autores, Título do Estudo, Objetivo do Estudo e Resultados.

Os critérios de inclusão do material levantado foram: publicações em Língua Portuguesa, dentro do período estudado (2019-2025), conforme o interesse em questão, que tratasse de experiências sobre Meditação em escolas brasileiras envolvendo crianças e adolescentes e a Educação Física. Foram

excluídos aqueles que não obedeceram a estes critérios. Como o período selecionado neste estudo incluiu a emergência sanitária da pandemia de COVID-19 foram feitos alguns destaques para esta situação importante.

Para o tratamento dos dados foi utilizado um protocolo adaptado de Bardin (2016) que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O Protocolo foi dividido em 3 etapas: Pré-análise, constituída pela leitura flutuante que segundo a mesma, se configura como um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise. A Fase de Exploração, neste momento foram escolhidas as unidades de codificação e categorização do material. Na codificação foi feito o recorte das unidades de registro e de contexto. As unidades de registros se configuraram através de uma palavra, ou o tema, o objeto ou referente, o personagem, o acontecimento ou o documento. Neste momento foi feita também a enumeração de acordo com os critérios estabelecidos anteriormente. Depois da codificação, seguiu-se com a categorização, que estabelece algum dos seguintes critérios: semântico, sintático, léxico ou expressivo (BARDIN, 2016). A última etapa, denominada Tratamento dos Resultados, foi calcada nos resultados significativos e válidos apresentados na publicação. A partir daí a interpretação, a qual foi fiel ao conteúdo manifesto dos documentos sem inferências ou vieses, por princípio ético.

A pesquisa não envolveu seres humanos nem animais, mas foram observadas todas as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.

2. DESENVOLVIMENTO:

Foi durante a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ALMA-ATA, 1978) que a Organização Mundial de Saúde (OMS) priorizou o acesso de toda a população mundial à Atenção Primária à Saúde (APS) até o ano 2000. Sua recomendação era a utilização de práticas que buscavam visar o cuidado, tendo como foco a Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (GOV-BA, 2019).

Em 2006, em sua primeira publicação, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), oficializa e legitima as

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) através da “PORTARIA Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006” onde eram ofertadas cinco práticas, sendo elas: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapias, além de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). E entre 2017 e 2018, através das “PORTARIAS Nº 849/2017 E Nº 702/2018”, 24 novas práticas foram acrescentadas, sendo elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Reflexoterapia, Reiki, Musicoterapia, Shantala, Naturopatia, Terapia Osteopatia, Comunitária Quiropraxia, Integrativa, Yoga, Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Flora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No momento atual, encontram-se inseridos 29 tipos de práticas, onde visam à integralidade da relação saúde-doença, colocando o sujeito dentro de uma dimensão global, e ainda valorizando a individualidade do individuo (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu através da Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Brasileira no final da década de 1980, movimento este articulado pela sociedade civil brasileira, dentre eles, trabalhadores, estudantes e professores (MACEDO, 2018).

As PICS são um conjunto amplo e heterogêneo de saberes, práticas, técnicas naturais e produtos voltados à saúde e o bem estar, a partir de conhecimentos ancestrais, que se diferenciam da medicina convencional porque não possuem bases explicativas científicas.

Dessa forma, era de se esperar que a PNPIc fosse na contramão epistêmica do modelo biomédico hegemônico oficial e atual que tende a subestimar e ignorar as PICS (MEDEIROS, 2017). COMPLEMENTARES trazendo Porém a PNPIc institui as PICS como o olhar de que sua ação não é o da disputa de modelo, mas sim o da conciliação. Logo, a PNPIc institucionaliza, normaliza, reconhece outros modelos para além do biomédico, de forma pacífica sem enfrentamentos.

Mesmo com manifestações contrárias do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a inclusão das PICS no SUS alegando que não têm resolubilidade e não têm fundamento na Medicina Baseada em Evidência (MBE) (CRM-PR, versão *online*, 2018), muitos estudos têm sido publicados mostrando sua eficácia e aceitação pública. Faz-se necessário que outros

estudos futuros avaliem o impacto das diferentes PICS não apenas quanto à eficiência, mas especialmente quanto à melhoria de saúde dos usuários.

As contribuições da biomedicina são fundamentais para o debate desde que levem em consideração os resultados da aplicação e o olhar dos usuários, que com suas subjetividades trazem uma série de implicações para a compreensão mais integral do ser humano, levando em consideração fatores biopsicossociais e até mesmo espirituais, no processo saúde-doença (MEDEIROS, 2017).

Através das portarias publicadas é reconhecido o potencial terapêutico das PICS ofertadas, possibilitando ampliar a abordagem clínica no trato com o processo saúde-doença (ANTUNES et al., 2018). Ou seja, as PICS representam um conjunto de recursos capazes de atuar nos diferentes aspectos da saúde sejam eles físicos ou mentais, proporcionando tanto a recuperação da saúde quanto a prevenção de doenças e agravos (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019). São abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais, enfatizando o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (MAGALHÃES, 2013). “Muitas dessas práticas ressurgem como forma de cuidado da saúde, pois são práticas que tem sua origem há vários anos em diferentes culturas” (MACEDO, 2018, p. 13).

No âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) são chamadas de Medicinas Tradicionais, Integrativas e Complementares (MTCI) as quais têm tido amplo destaque com a recente 78^a Assembleia Mundial da Saúde, de maio de 2025, em Genebra, quando os Estados-Membros aprovaram o documento que norteia a nova Estratégia Global para a Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) 2025–2034. Este documento será apresentado e debatido no 3rd World Congress on Traditional, Complementary and Integrative Medicine (3rd WCTCIM), de 15-18 outubro no Rio de Janeiro, Brasil (CABSIN, 2025).

O documento atualiza e define diretrizes para fortalecer a oferta das MTCI nos sistemas de saúde pública de cada país, baseado em evidências científicas, uma vez que se observou uma tendência global favorável a seu crescimento, com aumento das evidências de sua eficácia e segurança (KRIEGER, 2025).

O aspecto “segurança” tem sido muito discutido uma vez que as MTCI/PICS oferecerem diversas opções terapêuticas ancestrais, ou não, não biomédicas, em outras rationalidades médicas, sendo necessário indagar-se

sobre a forma como são estabelecidas, aplicadas no usuário e avaliada sua eficácia.

A inclusão das MTCI/PICS nos sistemas de saúde tanto públicos como privados muitas vezes ocorre numa apropriação mecânica, descaracterizada e descontextualizada da cultura e sistema médico original (LUZ, 1993; ALMEIDA *et al.*, 2025). Desconhece-se ou despreza-se o saber ancestral que foi construído como uma ferramenta que orienta as práticas, a partir de fenômenos naturais, experiências espirituais e místicas.

As práticas ancestrais de cura valorizam múltiplos fatores como responsáveis pela doença, inclusive aqueles de natureza subjetiva, fenomenológica, transcendental, situando-se em antítese ao modelo biomédico e resultando em uma nova perspectiva para as práticas de saúde (PADOVAN; BARROS, 2011).

As PICS inseridas na APS configuram-se como uma ação muito positiva tanto na ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na expectativa de melhorar a integralidade do cuidado à saúde da população como para promoção da saúde evitando que o usuário adoeça (BASTOS; SOUZA, 2021). Embora essas práticas sejam utilizadas por um número notável de pessoas, sua institucionalização na Atenção Primária à Saúde (APS) cresceu muito, mas ainda não bem entendidas por todos os profissionais, pois suas evidências clínicas não são diretamente associadas à significância estatística (BARROS *et al.*, 2020).

Importante compreender que os estudos acadêmicos e as discussões ministeriais sobre as PICS defendem a ideia de somar estas novas formas de prática e cuidado à saúde com a combinação de diferentes modalidades de tratamento, com primazia para aqueles indicados pela Medicina Ocidental, de natureza científica. Com essa possibilidade na variedade de abordagens possibilita que os profissionais de saúde e terapeutas possam agir em equipe, conforme cada caso específico, sendo as PICS complementares ao tratamento médico (BARBONI e CARVALHO, 2021).

O incremento das PICS no Brasil nasce de um movimento que ressignifica o ser humano não apenas como corpo físico/biológico e o modo de atenção à saúde das pessoas, reagindo ao modelo biomédico curativista como único capaz de resolver os problemas de saúde (MACEDO, 2018). Dessa forma, reconhece-se a multidimensionalidade do ser humano (NASCIMENTO, 2025).

Entretanto, é preciso entender que o “movimento das PICS” na verdade não é tão insurgente quanto parece. Como enfatizado anteriormente, ele é mais conciliador do que revolucionário. As PICS nascem com força de um movimento elitizado, na classe científica, inclusive da Medicina. Então o movimento das PICS no Brasil é mais sobre abrir espaço para a institucionalização e reconhecimento de outros modelos, para além do biomédico, do que sobre propor um confronto.

A PNPICT apoia iniciativas com as diversas Racionalidades Médicas, Terapias Vibracionais e Práticas Corporais Integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS) permitindo integralidade da atenção, acesso universal à população e humanização (MACEDO, 2018). Além disso, com a institucionalização da PNPICT foi possível legitimar a oferta de PICS no SUS, permitir o acesso a todos e com isso intensificar o surgimento de práticas locorregionais (GOV-BA, 2019), que será tratado adiante.

Por atender aos princípios da saúde integral e da educação permanente em saúde, a PNPICT se constituiu como um grande avanço na discussão do “fazer saúde” abrindo espaços privilegiados para a promoção da saúde de forma não invasiva, leve e afetuosa, e atividades educativas, para todas as idades e grupos populacionais.

Nesse contexto, necessário trazer a discussão sobre PICS na Escola em articulação com os princípios do SUS e da PNPICT, distanciando-se da lógica médico-higienista-curativista centrado na doença (ANTUNES, 2019).

A proposta de uma educação para a saúde no formato da promoção da saúde que incluísse os espaços escolares ganhou força no início do século XXI com os movimentos que exigiam fortalecimento do SUS via Estratégia Saúde da Família (ESF), o respeito aos direitos da criança e do adolescente (Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 13 de julho de 1990) culminando com a criação do Programa Saúde na Escola (PSE). O Programa Saúde na Escola foi criado em 29 de janeiro de 2007, previsto na Portaria MS/GM nº 204, com a finalidade de promover qualidade de vida para estudantes da rede pública de ensino em parceria com a ESF (RANGEL, 2020).

Este se alinha a uma mudança de referencial nos modos de compreender e agir em saúde e iniciativas de promoção da saúde escolar atuando como corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes além de atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários e pais.

O estudo de Graciano (2014) realizado em Minas Gerais mostrou que professores demonstraram pouco conhecimento sobre o PSE, numa visão reducionista, superficial mas ressaltaram sua importância na atenção à saúde dos escolares.

Diante do exposto, é possível investigar as PICS enquanto práticas corporais no âmbito escolar e como estas podem contribuir tanto para a promoção da saúde como para o desenvolvimento integral dos/as estudantes?

Dentre as práticas oferecidas na PNPI, a Meditação em suas diversas modalidades, apresenta resultados promissores na relação com a regulação emocional proporcionando redução dos sintomas ansiosos, compulsivos, ou seja, na melhoria geral do bem-estar dos pacientes, podendo ser praticada em qualquer idade conforme revisão de diversos estudos publicados recentemente (GUEDES; RIBEIRO; MOGRABI, 2023).

Originada há aproximadamente 2500 anos, foi criada pelos monges budistas na Índia (WYNNE, 1974³ *apud* FALSETTI, 2021). Há indícios também de que na China a Meditação se desenvolveu no contexto das tradições nativas (PEIXOTO *et al.*, 2021). Sua prática é sistemática e desenvolvida para o treinamento da autorregulação e busca aprimorar o foco atencional dos praticantes (FALSETTI, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (2017, p. 3), [...] “Meditação é uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições” [...]. Meditação é, em essência, o treinamento sistemático da atenção. Ela tem como objetivo desenvolver a capacidade de concentração e enriquecer nossa percepção (GOLEMAN, 1999). Osho (2017, p. 20) traz que “Meditação é observação. Tudo que é feito conscientemente, é meditação”. É a capacidade de pensar de maneira controlada, decidir no que pensar e por quanto tempo pensar nesse objetivo (VARGINHA, MOREIRA, 2020).

Reforça-se a definição acima com Nigri, Penedo e Paletta (2012, p. 166),

Meditar é essencialmente a capacidade de unidirecionar a mente, o exercício de focar a mente em um único objeto ou pensamento. Meditar é o pensar de maneira controlada, a capacidade de decidir no que pensar e por quanto tempo pensar nesse objetivo.

Shapiro (1981) define a Meditação como uma prática que engloba um conjunto de técnicas que buscam treinar a focalização da atenção. Esse

³ Wynne, A. (1974). *The Origin of Buddhist Meditation*. Nova Iorque: Routledge.

processo pode ser chamado de autorregulatório, pois, é através da prática constante que o controle atencional é desenvolvido (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009).

Enquanto que Demarzo (2011) define a Meditação como uma prática de integração mente-corpo baseada na vivência do momento presente, permitindo a consciência plena e não julgadora. Osho (2017, p. 20) traz que “Meditação é observação. Tudo que é feito conscientemente, é meditação”.

A Meditação como o “ato de interiorizar-se” constitui um conjunto imenso de práticas filosóficas ancestrais vivenciadas em várias religiões, como o Hinduísmo, Budismo, Taoísmo, Sufismo, Jainismo e o Judaísmo, entre outras (LEVINE, 2000⁴ *apud* MENEZES; DELL'AGLIO, 2009; NIGRI; PENEDO; PALLETA, 2012).

Vem sendo praticada e conquistando espaços e culturas distintas (FERNANDES, 2015) e apesar da prática possuir origem nas filosofias e religiões orientais, estendeu-se ao ocidente a partir da década de 60 (SANTOS, 2010⁵ *apud* RIBEIRO; ARAÚJO, 2021).

Desse modo, “o sinônimo do exercício de meditar difere-se no Oriente e Ocidente, no primeiro é atribuído à espiritualidade e na parte ocidental a práticas autorregulatórias do corpo e da mente” (RIBEIRO; ARAÚJO, 2021, p. 267).

Teixeira (2016, p. 13) afirma que “a prática vem sendo exercida ao redor do mundo, não estando necessariamente atrelada a alguma religião ou filosofia, mas como uma possibilidade de prática pessoal independente de quaisquer linhas de pensamento”. Mesmo com as diferenças entre diversas técnicas, a Meditação parte da mesma premissa, todas possuem uma característica fundamental comum: o controle da atenção (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009).

Ainda segundo Nigri, Penedo e Paletta (2012, p. 169, destiques dos autores),

A meditação Iogue Hindu *Pranayama*, a meditação Budista *Vipassana* voltada à respiração, o *Tai Chi*, a meditação judaica e a meditação Sufi possuem objetivos meditativos idênticos que podem ser resumidos a um alcance de uma consciência expandida, uma percepção melhor da realidade, a felicidade e a quietude da mente. Todas as escolas meditativas mencionadas ainda usam como objeto, ou pelo menos um

4 Levine, M. (2000). *The positive psychology of buddhism and yoga: Paths to a mature happiness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

5 SANTOS, J. O. **Meditação:** Fundamentos Científicos. Salvador: Faculdade Castro Alves, 2010.

dos objetos de meditação, a respiração e possuem semelhanças quanto à maneira como se deve respirar, de maneira uniforme e constante, deixando a respiração tomar o lugar dos pensamentos.

Estudos mostram que a prática meditativa é capaz de diminuir a agressividade e a reatividade do indivíduo à estressores externos, conduzindo a bem estar geral. Com isso, a Meditação pode ser considerada importante aliada na promoção e recuperação da saúde (ARNSTEN, 2009; VARGINHA; MOREIRA, 2020).

Percebe-se então que a Meditação se apresenta como uma aliada para a construção da atenção, concentração e percepção da respiração, pensamento, emoção e memória. Sua prática possui um conjunto de técnicas que exercitam a focalização da mente, quietude e paz interior atuando sobre pensamentos ruminantes, ideias repetitivas, que geram ansiedade e medo (RIBEIRO; ARAÚJO, 2021).

Mas a Meditação não deve ser entendida como uma panaceia, que de forma mágica e instantânea acalma as crianças, acaba os conflitos/violência escolar, melhora aprendizagem. Nem também se admite ser a meditação uma crença religiosa, passiva, entediante, sem eficácia, e que a pessoa que medita é sempre calmo e tranquilo (SIMÃO, 2025).

A sociedade pós-industrial e o ser humano são complexos e nosso adoecimento é multifatorial, produzindo uma “teia de determinantes” para os fenômenos da saúde-doença-cuidado que devem ser entendidos enquanto processos sociais e os processos sociais são corporais, históricos, complexos, fragmentados, conflitivos, dependentes e incertos. E assim, o que determina o gradiente saúde-doença não são os fatores em si, e sim, a forma como eles se inter-relacionam, os riscos e a exposição (ALMEIDA-FILHO, COUTINHO, 2007).

Então, dentro do período estudado, cabe enfatizar que as publicações com meditação para crianças, crianças no ambiente escolar, indicam que esta tem sido uma poderosa aliada na disciplina, melhoria do estresse e da violência. Experiências em diversos países sinalizam o potencial das técnicas meditativas para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social dos alunos envolvidos, tais como:

- Diminuição da ansiedade, estresse e depressão (GONZÁLEZ-VALERO *et al.* (2019);
- Melhor compreensão da personalidade e de tarefas da escola, desenvolvimento de empatia, abertura para o novo GOLDSHIMDT (2020).

No território brasileiro, há estudos que mostram que se pode ampliar a promoção da saúde escolar, incluindo as PICS como intervenções pedagógicas que auxiliam na promoção da saúde especialmente saúde mental das crianças e adolescentes além de superarem a ultrapassada dualidade corpo e mente na escola, como o trabalho desenvolvido no Gama-DF (POZZOBON, 2022):

De destaque, temos as políticas nacionais da Atenção Básica (PNAB), de Promoção da Saúde (PNPS) e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e o Programa Saúde na Escola (PSE). Em seus documentos, há base para trabalhar a escola como um espaço de saúde e, de fato, houve uma integração de ações entre a escola, a Coordenação Regional de Educação do Gama, a Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS) e a UBS de referência local. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) embasou as formações em PICS para que essas práticas pudessem ser oferecidas no espaço escolar. As redes sociais são transversais a estas políticas, assim como a Política Nacional de Humanização (PNH), que contribui com a concepção de que trabalhadores e gestores são capazes de transformar realidades, com autonomia e corresponsabilização quanto ao acesso de qualidade pela população aos serviços públicos.

Este mesmo autor cita dificuldades identificadas para implantação das PICS no ambiente escolar, tais como:

o desinteresse de profissionais em fazer formações e trabalhar intersetorialmente; discriminação, preconceito ou rejeição às PICS; entes do corpo docente adoecidos ou desmotivados no trabalho; incompreensão do espaço escolar como sendo também um espaço de saúde; falta inicial de espaços para as práticas nas escolas; os estigmas que afetam, desmotivam e desencorajam pessoas que vivem em lugares periféricos; pouca presença do poder público; contexto de pobreza (estudantes sem acesso a itens básicos de higiene, por exemplo); e fragilidade do projeto com a rotatividade de pessoas envolvidas. (Id.)

Menezes e Dell'Aglio (2009) apresentam duas técnicas meditativas na visão ocidental, são elas: O *Mindfulness* e a Meditação Concentrativa. O *Mindfulness* (ou Atenção Plena) caracteriza-se como uma prática de abertura, sua ideia principal se baseia na experiência do momento presente. É prestar atenção de maneira intencional e consciente (TEIXEIRA, 2016; FERNANDES, 2015). Já a Meditação Concentrativa focaliza sua atenção, ou num objeto, ou mantra ou algum som (TEIXEIRA, 2016).

No Brasil a prática da Meditação budista teve incremento com a chegada de Chagdud Rinpoche, mestre Tibetano em 1994, quando decidiu disseminar sua filosofia gerando popularização e quebra de preconceitos (BALREIA, 2017).

Destaca-se que, mediante a sua crescente popularidade, é visto um interesse nos estudos sobre Meditação, onde são comprovados os efeitos positivos do método, principalmente na saúde mental e dentro das escolas, tais como: melhora da aprendizagem, diminuição das taxas de faltas, suspensões, hostilidade e infrações, entre outros (VASCOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013). Alguns problemas comportamentais e cognitivos exibidos por crianças e adolescentes emergem no ambiente escolar e refletem em desafios pedagógicos a serem vencidos dentro das salas de aula, os quais dificultam o processo de aprendizagem, de socialização e de interação professor-aluno, além da interferência no desenvolvimento geral da criança (MORAES; BALGA, 2007⁶ apud VASCOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013, p. 88).

Apesar de surgir nas filosofias orientais, à prática da Meditação ganhou força no Ocidente a partir dos anos 90 (RIBEIRO; ARAÚJO, 2021). No Oriente meditar é sinônimo de busca espiritual, já no Ocidente prioriza as práticas autorregulatórias do corpo e da mente (PEIXOTO et al., 2021). Essa prática de regulação do corpo e da mente para a atenção plena caracteriza-se como um conjunto de técnicas que potencializa a focalização, produzindo efeitos psicossomáticos no indivíduo (RIBEIRO; ARAÚJO, 2021).

De acordo com a literatura, existem três categorias principais de técnicas: 1) Concentrativa, 2) *Mindfulness* e 3) Técnicas Meditativas Contemplativas. A Meditação Concentrativa tem como característica a focalização da atenção em um único foco, podendo ser um mantra, sons ou a própria respiração (RIBEIRO; ARAÚJO, 2021). Nesse tipo, incluem-se algumas meditações que tem origem do Yoga, como a Meditação Transcendental e a Meditação Budista Samatha (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009). O *Mindfulness* (ou Atenção Plena) caracteriza-se como uma prática de abertura, sua ideia principal se baseia na experiência do momento presente. Nessa técnica é necessário prestar atenção de maneira intencional e consciente (TEIXEIRA, 2016; FERNANDES, 2015).

As técnicas que se enquadram nesse tipo, são: Meditação Zen, Vipassana e a própria adaptação ocidental *Mindfulness* (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009). Já as Técnicas Meditativas Contemplativas referem-se à integração das duas técnicas descritas acima (RIBEIRO; ARAÚJO, 2021). Meditação judaica e determinadas orações são exemplos de Meditações Contemplativas (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009).

⁶ MORAES, F. O.; BALGA, R. S. M. A yoga no ambiente escolar como estratégia de mudança no comportamento dos alunos. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v.6, n.3, p. 59-65, 2007.

Apesar de existirem diversas técnicas, podemos observar que a Meditação parte da mesma premissa, todas têm uma característica fundamental comum: o controle da atenção (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009).

No Brasil, a Meditação começou a ganhar força a partir de 2006 através das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), fazendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS), prática esta, implementada pelo Ministério da Saúde (PEREIRA; MAGRO, 2010).

Atualmente, existe um interesse bastante significativo em estratégias que englobam as práticas de Meditação, principalmente no contexto escolar, fato associado a crianças e adolescentes e atribuído aos efeitos positivos da Meditação, tais como: diminuição das taxas de faltas, suspensões, hostilidade e infrações às regras, diminuição de déficits e hiperatividade (TDAH) e o aumento do desempenho escolar (VASCOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013).

O ato de Meditar pode ser uma importante estratégia de intervenção nas desordens de aprendizagem, se tornando uma proposta no atendimento de comportamentos mal adaptativos de crianças e adolescentes (VASCOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013). Trazendo a Meditação para o contexto escolar, podemos perceber que o ato de meditar pode ser uma grande estratégia de intervenção nas desordens de aprendizagem, muitas delas associadas a déficit de atenção, hiperatividade, estresse ou ansiedade e agir de forma positiva no desempenho escolar e no desenvolvimento socioemocional de estudantes (VASCOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013).

A educação é um fenômeno próprio dos seres humanos que diferencia os humanos dos outros seres vivos, pois, diferente dos outros animais, o homem necessita produzir sua própria existência de forma contínua. Este processo dá-se no meio em que a pessoa nasce, cresce, vive e é instruída, sendo as experiências em aprender, na sociedade ocidental, ligadas ao campo escolar (COSSIA; ANDRADE, 2019).

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Lei nº 9.394/96, a educação é um processo relacionado com ações formativas desenvolvidas por meio da convivência familiar entre os seres humanos de uma sociedade, seja no trabalho, nas escolas, entre outros (LDB, 1996). Dessa forma, a escola assumiu um lugar de convívio social e passa a ser um espaço onde alunos e professores desvelam conhecimentos, dúvidas, conflitos e também sentimentos (COSSIA; ANDRADE, 2019).

A escola possui como um dos principais papéis criar condições de desenvolvimento dos alunos e de suas necessidades, assim como garantir as condições apropriadas ao processo de ensino (GARCIA, 1999⁷ *apud* VASCOOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013). É através do processo de ensino e aprendizagem que são criadas as condições à construção do conhecimento, e é também nesse processo que é proporcionado ao aluno o aprendizado de “tornar-se gente”. Ou seja, são processos mútuos, complexos, que envolvem o ser humano no aspecto holístico (COSSIA; ANDRADE, 2019).

Educar é capacitar o indivíduo a fazer escolhas conscientes, assumir responsabilidades, desenvolver o pensamento crítico e a autonomia, e entenderse, portanto, que a função da escola se relaciona com a ideia de formação para a cidadania, para a disseminação do conhecimento e também, para a promoção da saúde (RAAB; BARBOSA, 2019).

A criança e o jovem de hoje são frutos da modernidade, onde a construção da sua autoimagem e valores próprios, que devido a conjunturas socioeconômicas foram prejudicados estabelecendo consumismo, valorização do ter, confusão de valores e indiferença, conduzindo-os a comportamentos apáticos ou agressivos como um elemento de isolamento ou autoafirmação, respectivamente (VASCOOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013). Ou seja, em tempos atuais, o resgate do autoconhecimento, do cuidado humano necessita de uma prática docente que reconheça no modo de ensinar e aprender o ser humano multidimensional (COSSIA; ANDRADE, 2019; NASCIMENTO, 2025).

A escola, dessa forma, presencia e é palco de diversas situações complexas relacionadas ao processo de socialização dos estudantes, como por exemplo, dificuldades de aprendizagem, baixo desempenho, desinteresse pelos estudos (GARCIA, 1999⁷ *apud* VASCOOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013). Os problemas comportamentais relacionados a habilidades sociais, autoconceito, exclusão, ansiedade e agressividade são os grandes desafios dentro das salas de aula (VASCOOUTO; SBISSA; TAKASE, 2013).

O uso das PICS no espaço educacional podem trazer impactos positivos no cotidiano escolar, por terem nas bases o ser humano visto integralmente, buscando contribuir de forma construtiva na saúde mental dos alunos. Contribui também para uma propagação da cultura de paz, pois é através de sua visão sistêmica e transdisciplinar que o indivíduo é visto em sua totalidade numa multiplicidade de seres (PINHEIRO; ANDRADE, 2019).

⁷ GARCIA, J. Indisciplina na escola: uma reflexão sobre a dimensão preventiva. *Revista Paranaense de Desenvolvimento*, Paraná, v.95, p. 101-108, jan./abr. 1999.

Levando em consideração aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais (SHABBEL, 1994⁸ *apud* PINHEIRO; ANDRADE, 2019) poderia se esperar que as PICS buscassem desenvolver a humanização, por serem um conjunto de práticas consideradas transformadoras e éticas por excelência que visam a integralidade do ser humano. Mas na sociedade pós-moderna as PICS são práticas, muitas delas nem estão associadas a uma outra racionalidade em saúde que não a biomédica. Então as PICS podem ser usadas em vieses prescritivistas, curativistas, de forma tecnicista, utilizadas à serviço do status quo. E assim sendo, não terão nada de transformadoras. As PICS só estarão à serviço da transformação e da ética quando alinhadas a um projeto emancipador. Se o projeto é conformista ou colonialista, de base capitalista, as PICS não transformarão nada.

É de extrema importância observar que as PICS possuem caráter complementar e não substitui por completo o tratamento médico especializado. A sua inserção nas escolas não deve excluir o trabalho do psicólogo e nem deixar de encaminhar o aluno para um acompanhamento com um psicólogo clínico (PINHEIRO; ANDRADE, 2019). Esse acompanhamento deve ocorrer no campo psicossocial, da equipe multidisciplinar, e nos casos especiais, em que haja real necessidade uma vez que é preciso frear a lógica da crescente psicopatologização tão presente em nossos tempos em que todos têm um diagnóstico.

Dessa forma, a escola vai além das habilidades e competências necessárias para a formação do aluno para atender aos anseios do mercado. Com as PICS é possível desenvolver práticas pedagógicas baseadas na interconexão e globalidade, onde corpo, mente, emoções e espírito caracterizem seus princípios. Assim é possível desenvolver nos alunos maior criatividade, concentração, foco, melhorar o relacionamento com colegas e professores, reduzir o nível de estresse e ansiedade e trabalhar o equilíbrio mente/corpo (PRADO, 2016).

Entretanto, mesmo com a reconhecida importância, há poucos trabalhos de intervenção publicados aqui no Brasil. Através de buscas avançadas em plataformas de dados foi possível produzir o Quadro-síntese de artigos e dissertações que tratam de Meditação na Escola, o qual ajuda a organizar os achados e o raciocínio sobre o tema.

8 SCHABBEL, C. *Redescobrindo... a holística*. São Paulo: Iglu, 1994.

Quadro 1 –Resultados da pesquisa em forma de quadro-síntese das dissertações, TCC e artigos incluídos neste estudo.

Tipo da Obra	Ano	Autores	Título do Estudo	Objetivo do Estudo
Dissertação de Mestrado	2021	Falsetti MZ	Impacto da Meditação na Atenção e na Autorregulação em jovens: revisão sistemática da literatura	Analizar a aplicação de práticas de Meditação sobre a autorregulação e atenção de jovens dos 10 aos 24 anos de idade com desenvolvimento típico.
Artigo	2020	Santos DM; Oliveira IFS	A ansiedade durante a pandemia do Covid-19 para os alunos do CEAAT/IAT em Salvador-Bahia: interlocução entre Educação Física e Psicologia	Visa sugerir intervenções não farmacológicas por meio da Educação Física e da Psicologia para enfrentamento do estresse gerado nesse período.
Artigo	2021	Peixoto JL; Guimarães B; Pires MD; Almeida Junior IAJ	Efeitos da Meditação sobre os sintomas da ansiedade: uma revisão sistemática	Estudar os efeitos da Meditação no tratamento da ansiedade.
Artigo	2020	Oliveira NCS; Ferreira RAG; Wanderley SVN; Cavalcanti JODS	A prática de meditação e alongamento na busca do relaxamento físico e mental em tempos de isolamento social: revisão de literatura	Analizar os benefícios da Meditação e do alongamento como Práticas Integrativas e Complementares à saúde física, mental e emocional, mediante ao isolamento social ocasionado pela pandemia.
Artigo	2021	Ribeiro AS; Araújo GS	Práticas de Saúde Mental Meditação e Reflexão	O objetivo central da atividade reside na promoção do autoconhecimento pelos petianos, assim como, na redução dos níveis de ansiedade para enfrentar a vida acadêmica, principalmente com as mudanças acarretadas pela pandemia de Covid-19.

Das buscas foram incluídos apenas 5 (cinco) trabalhos que atendiam ao perfil desta pesquisa, sendo 1 Dissertações de Mestrado e 4 artigos. É visível que não foi encontrado um número significativo de material publicado, dentro do recorte temporal e dos critérios de inclusão, porém, não é o valor numérico que deve-se levar em conta e sim a relevância e impacto de cada um. Ressalte-se que foi encontrada pouca especificidade da Educação Física com a Meditação, o que pode estar indicando que a Meditação ainda não é compreendida como cultura corporal e tão pouco é tratada como uma das áreas de intervenção e pesquisa da Educação Física.

Mas a forte possibilidade explicativa é que quando se pesquisa no Google Acadêmico com descritores “educação física escolar”, “meditação”, a plataforma exibe uma infinidade de monografias, trabalhos apresentados em eventos de pouca relevância, textos publicados em periódicos e revistas não indexados. Isso mostra que a educação física se aproxima e muito da meditação e reconhece essa como uma das práticas corporais integrativas que compõem nosso rol de atuação, mas as publicações não chegam aos veículos de impacto. Ou seja: a produção existe mas a captura é precária.

Esclarecimentos diversos foram obtidos expostos por meio das e, a partir destas, pode-se analisar a referências aqui aplicação da Meditação no contexto escolar brasileiro.

A falta de conhecimento dos/as profissionais da saúde acerca das PICS, com compreensão errônea e completo desconhecimento teórico, como enfatizado por Pozzobon (2022) pode ser um dos fatores. Pelas informações levantadas nestes trabalhos, pode-se inferir que, apesar de reconhecidas oficialmente pelo SUS, as PICS ainda não são vistas e tratadas como medidas auxiliares na promoção da saúde, paralelamente ao tratamento biomédico.

Esse conjunto de achados induzem a perceber ainda há hegemonia da medicina ocidental submetendo as PICS, a um lugar secundário, em especial, os saberes médicos ancestrais locais e, consequentemente, seus potenciais terapêuticos, sendo portanto, negligenciados.

Ao longo deste estudo com o levantamento das produções científicas sobre a meditação como proposta pedagógica e suas aplicabilidades na escola confirma que é necessária maior divulgação das PICS e reflexão acadêmica na formação dos professores de Educação Física para desenvolvimento de competências pedagógicas para reconhecer a importância da meditação e incluir como prática corporal em seu planejamento de ensino.

A experiência da Escola Classe da 415 Norte no Distrito Federal mostra a eficácia da Meditação na redução do estresse e agressividade de crianças das 14 turmas que compõem o turno matutino e vespertino da unidade. Além da prática, os estudantes aprendem sobre compaixão, autoconhecimento, empatia, gratidão, perdão, e até sobre o funcionamento do cérebro humano. Os resultados apontam para melhora do rendimento escolar, da concentração, do bem-estar físico e mental, e as relações interpessoais da comunidade escolar (ESCOLAS..., 2022).

Neste sentido, um dos grandes desafios da Educação Física é estudar o corpo de forma integrada corpo-cultura-emoção-espiritualidade, e não apenas organização de sistemas.

Considerando que a sociedade atual se modificou intensamente e que recentemente a meditação tornou-se ferramenta disponível para diversas áreas de conhecimento, da religião a ciência, a relevância de tais práticas se torna evidente, tanto em um mundo em que as pessoas procuram algum tipo de espiritualidade ou contato mais profundo consigo mesmo, quanto possibilidade funcional para lidar com questões cotidianas, por exemplo, estresse, ansiedade, depressão, distúrbios psicosomáticos, entre outras (TEIXEIRA, 2016, p. 17).

Neste sentido, experiências exitosas com meditação na escola são reportados, ressaltando suas virtudes como terapias complementar, e como ela se insere no cuidado cuidado integral à saúde. À exemplo, segundo o site <https://sophia.com.br/meditacao-na-escola-conheca-os-beneficios-para-os-seus-alunos/>

A Escola Estadual Princesa Isabel, em São Paulo, possui o projeto Meditar na Escola há 5 anos, com sessões semanais de meditação para os alunos do ensino fundamental e para os professores; Já o CMEB Camilo Alves – localizada em Esteio, região metropolitana de Porto Alegre, desenvolve – para alunos e educadores – exercícios de respiração por 10 minutos, em uma prática conhecida como *mindfulness*, ou atenção plena; Em Salvador (BA), a Ananda Escola e Centro de Estudos aplica há 20 anos uma metodologia que une filosofia, ciência e espiritualidade em diversas atividades – como exercícios de conectividade e meditação.

Outra experiência relatada no site da Revista Educação (disp.: em <https://revistaeducacao.com.br/2020/08/19/escolas-mindfulness/>) foi publicado em 2020, no curso da pandemia, uma matéria sobre Meditação nas Escolas. Informa o referido site que

Uma pesquisa recente realizada pelo Datafolha ajudou a mapear as principais dificuldades enfrentadas pelos alunos de escolas públicas na cidade de São Paulo e revelou que 75% deles estão ansiosos, irritados

ou tristes durante o confinamento. As crianças e os jovens não estão motivados a estudar em casa (57%) e enfrentam problemas na rotina de estudo (62%). Ainda que mesmo antes desse período, alguns fatores como ansiedade, competitividade, falta de foco e interesse já vinham refletindo no cotidiano dentro da sala de aula, a situação poderá precisar de ainda mais cuidado.

Intervenções realizadas por algumas escolas mostraram a aceitação dos alunos para prática de *Mindfulness*:

Na Escola Santi, em pesquisas realizadas com os alunos:

- 100% gostaram das aulas de *mindfulness* e sentiram que os ajudou;
- 85% avaliaram que *mindfulness* ajudou a se concentrarem mais e acalmarem na hora dos estudos;
- 70% dos alunos disseram que ajudou a ser mais gentil com os outros e a se sentir melhor em casa.

No Oswald de Andrade, os alunos também avaliaram:

- 95% disseram que *mindfulness* os ajudou;
- 87% recomendariam a outros jovens.

Sobre a aceitação dos pais para mesma prática por seus filhos nas escolas:

Em pesquisa realizada com pais e mães, na Be.Living Educação Bilíngue:

- 95% avaliaram como excelente a iniciativa;
- 72% notaram diferenças positivas no comportamento da criança.

Vivemos em uma sociedade onde o sistema cria indivíduos inquietos e hiperativos (DIAS, 2021) e a partir do momento em que entendemos o que realmente é Meditação e levamos em conta a sociedade atual em que vivemos, compreendemos que estar em um estado mental, emocional, espiritual e também físico saudável parece cada vez mais difícil.

A pandemia da COVID-19⁹ agravou estas crises. A depressão, ansiedade, problemas de sono, entre outros, agravaram-se – deixando o rescaldo até os dias de hoje (BARROS *et al.*, 2020).

⁹ O SarCoV2, ou popularmente conhecido como COVID-19, surgiu em Wuhan, na China e rapidamente se espalhou pelos continentes. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) confirmou em 26 de fevereiro de 2020 o primeiro caso da doença. O vírus é transmitido pela via aérea ou pelo contato das mãos com a boca ou olhos (SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Em Dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu informações sobre uma síndrome respiratória aguda grave que estava acontecendo com frequência na China (OLIVEIRA; *et al.*, 2020). O primeiro caso da doença foi registrado em Wuhan, cidade chinesa, que rapidamente se espalhou pelos cinco continentes (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Em 30 de Janeiro de 2020 a OMS declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (SILVA, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) confirmou o primeiro caso da doença em 26 de Fevereiro de 2020 (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Os principais sintomas registrados eram tosse seca, febre e falta de ar que apareciam algumas semanas antes do diagnóstico, sendo verificado que o vírus era altamente contagioso (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Diante da situação de emergência sanitária, os cientistas afirmam que todos os vírus que afetam o aparelho respiratório, são transmitidos pela via aérea ou pelo contato das mãos com a boca ou olhos, ou seja, respirando no mesmo ambiente ou tocando algo que uma pessoa infectada tocou (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). O Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2020) define contato próximo para a transmissão da COVID-19 um limite de 2 metros de distância de uma pessoa infectada pelo vírus.

Apenas em 11 de Março de 2020, depois de 18 países serem atingidos pelo vírus, a OMS caracterizou o COVID-19 como a mais nova pandemia deste século (SILVA, 2021). Visto que tal vírus ganhou forças e se espalhou pelo mundo trazendo óbito e muitos infectados (SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Dessa forma, foi constatado que a melhor opção para conter a transmissão comunitária era o isolamento social (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O COVID-19 surgiu como um espelho que reflete e agrava as crises da nossa sociedade, os sintomas das doenças que sofríamos antes da pandemia, como depressão, ansiedade, problemas de sono, se destacam com mais força (DIAS, 2021). E apesar do isolamento social ser apontado particularmente como um problema de pessoas idosas, também é possível identificar que pode afetar negativamente o estilo de vida dos adolescentes (MATOS, 2010), em especial porque a adolescência é uma fase com grande suscetibilidade para sentimentos de solidão, devido às grandes mudanças que começam a ocorrer nas relações sociais” (TOMÉ *et al.*, 2010, p. 158).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde destacou a necessidade de atividades físicas e psicológicas em prol do equilíbrio da qualidade de vida. Buscando ações com a finalidade de estimular a prevenção e promoção da saúde, no intuído de suportar potenciais crises de medo, pânico, ansiedade e estresse (causados pela pandemia) entre os adolescentes, estimulando assim, o autocuidado (SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Desde março de 2020 construíram-se respostas para o novo mundo que surgiu com a pandemia. Nessa nova realidade as pessoas são motivadas a se manterem sãs física e mentalmente (DIAS; PINTO, 2020). No que se refere à infância e adolescência, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) mais de 90% dos estudantes do mundo foram afetados com o encerramento das aulas em escolas e em universidades (DIAS; PINTO, 2020).

Conforme a UNESCO, tal crise na saúde mundial atingiu mais de 100 milhões de crianças, fazendo com que o nível mínimo de proficiência em leitura não fosse atingido (DIAS, 2021). E não para por ai, podemos ver que a desigualdade é um dos grandes problemas que a pandemia desenvolveu.

O ensino remoto foi uma estratégia realizada para que os alunos da Educação Básica não perdessem o ano letivo, porém nem todos possuem o equipamento necessário. O não acesso a computadores, celulares ou à internet de qualidade é uma realidade constatada pelas secretarias de Educação de Estados e Municípios (DIAS; PINTO, 2020).

Além do rescaldo da pandemia, o déficit de aprendizagem, em escolas públicas e particulares, é sem dúvida um dos grandes problemas que enfrentaremos na atualidade (DIAS, 2021). Portanto, garantir a priorização da promoção da saúde de crianças e adolescentes neste momento é de extrema importância para assim se evitar outros graves problemas de saúde que podem sim afetar toda uma geração futura (DIAS, 2021).

Com respaldo do SUS (expresso na PNPIIC e PEPICS-Bahia), da neurociência e das propostas de desenvolvimento de competências socioemocionais defendidas na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), a Meditação pode ser uma excelente aliada para enfrentamento das questões de saúde mental nas escolas, associando-se os Programa Saúde na Escola (PSE) com a ESF, dentro da Atenção Primária em Saúde (APS).

Em um estudo de revisão bibliográfica Cossia e Andrade (2020) concluem que os trabalhos analisados reforçam a multidimensionalidade do

ser humano, em destaque para a criança no ambiente escolar. Ressaltam a importância das conexões corpo, mente, emoções e espírito mediadas pela Meditação. A partir da análise dos trabalhos, a Meditação promove reflexões intensas de autoconhecimento impulsionando a conscientização com responsabilidade das ações práticas de autocuidado, autonomia responsável e compromisso sociocultural refletindo em todas as esferas.

Trazendo a discussão para o loco-regional, o documento organizado pelo Governo do Estado da Bahia de 2019 norteia e consolida a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na Bahia (PEPICS-BA), garantindo a integralidade na atenção à saúde, segundo o Ministério da Saúde.

A PEPICS-BA foi aprovada no Conselho Estadual de Saúde (CES) por meio da Resolução CES-BA nº 22/2019, sendo publicada em 22 de Maio de 2019 e procura destacar a importância da articulação e do envolvimento dentro da esfera municipal, compreendida pelos 417 municípios do estado da Bahia. Essa iniciativa desenvolvida em todo o estado reforça o uso popular de diferentes práticas que acontecem nas comunidades tradicionais como os indígenas, quilombolas, ribeirinhos, que se utiliza de terapias à base de ervas, partes de animais ou minerais e terapias sem o uso de medicação, como as terapias manuais, as terapias espirituais, e outras (GOV-BA, 2019).

As PICS vêm sendo implementadas a partir de demandas do controle social e articulações intersetoriais com atores envolvidos com essas práticas e a Educação Popular em Saúde (GOV-BA, 2019). Em agosto de 2015, a partir da ação articulada com o movimento social representado por trabalhadores e estudantes das áreas da saúde e da educação, foi deliberada a proposição da SESAB criar um serviço de PICS. Assim, em reunião intersetorial, a proposta resultou na iniciativa de elaboração da PEPICS-BA (GOV-BA, 2019).

Para fins de organização da PEPICS-BA, as práticas foram categorizadas em cinco grupos: 1. Sistemas Médicos Complexos, 2. Práticas Corporais e Vivências Integrativas, 3. Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas, 4. Terapias baseadas em produtos naturais/Plantas Medicinais e 5. Práticas Tradicionais e Populares (GOV-BA, 2019).

Destaque especial para as Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas, foco desde estudo. Esse grupo de práticas terapêuticas compartilha do pressuposto de que matéria e energia são manifestações diferentes da mesma substância universal. Ela fundamenta tanto

as práticas milenares de cura, através do viés cultural e religioso, quanto alguns recursos terapêuticos mais recentes que abrange a compreensão de natureza e ser humano (GOV-BA, 2019).

O processo saúde-doença é compreendido pela correlação entre expressões psicofísicas e aspectos energético-vibacionais. São exemplos de Práticas Energéticas/Vibacionais e Meditativas/Contemplativas: Cristaloterapia, Cromoterapia, Cura Magnificada, Frequências de Brilho, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Johrei, Passe Magnético, Radiestesia, Reiki, Técnicas Imaginativas/Visualização Criativa e diferentes tipos de Meditação (Guiada, Yoga, Transcendental, *Mindfulness*, dentre outras) (GOV-BA, 2016).

Assim como as técnicas de imposição de mãos que auxiliam integralmente na promoção da saúde humana de maneira multidimensional, considerando aquelas do campo sutil que perpassam do biológico (MOTTA; BARROS, 2015; REIS, 2021).

O desafio dos municípios, no entanto, é desenvolver as PICS nos serviços de saúde, ampliando sua oferta no SUS e garantir qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, no ponto de vista da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, destacando o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (SOUZA; FREIRE, 2021). À vista disso, um Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde foi criado para nortear os profissionais de Saúde no que tange as práticas que poderão ser realizadas. A realização e responsabilidade das PICS nas Unidades de Saúde compete aos gestores públicos trazendo efetiva institucionalização das PICS no SUS, apresentando ser um desafio, pois não há capacitação e financiamento suficientes (SANTOS; TESSER, 2012¹⁰ apud SOUZA; FREIRE, 2021).

A construção do Plano de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Município de Feira de Santana-BA na Atenção Primária contribui para a ampliação do acesso às PICS, tirando a restrição somente ao setor privado (SOUZA; FREIRE, 2021). O Plano foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em junho de 2019 e atualmente treze unidades desenvolvem as PICS, sendo: Ventosaterapia, Liberação miofacial manual, Dança Circular, Massoterapia, Shantala, Reiki e Meditação Guiada, Aromaterapia, Constelação Familiar, Fitoterapia, Auriculoterapia (SOUZA; FREIRE, 2021).

¹⁰ Santos e Tesser, 2012.

Por isso, é urgente que para consolidação tanto da PNPIc, da PEPICS-Ba e futuramente a PMPIC-FSantana que se ampliem as discussões sobre as práticas e suas capacidades terapêuticas, em especial a Meditação, nos cursos de graduação em Educação Física. A criação de componentes curriculares, a participação em eventos de Extensão e os estágios extracurriculares podem ser estratégicos para que haja valorização, busca por capacitação e que se possa colocar efetivamente em prática tanto nas Unidades de Saúde como nas Escolas.

Tudo isso requer conhecimento, vontade política e responsabilidade governamental, como também pela reivindicação individual de cada profissional de saúde e da educação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente trabalho buscou analisar a inserção da Meditação enquanto prática integrativa no contexto escolar, fortemente afetado pelas questões de saúde mental das crianças e adolescentes, violência escolar, bullying, ansiedade e ainda, após os impactos da pandemia da COVID-19, que intensificaram os desafios relacionados à saúde mental geral.

Partindo-se da compreensão de que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) reconhece a importância e as potências terapêuticas ofertadas pelas PICS, espera-se que a presente pesquisa se constitua como incentivo a posteriores estudos, de abordagens complementares à medicina convencional, abrindo espaço para a legitimação de práticas como a Meditação em diferentes cenários, incluindo a escola.

A pesquisa bibliográfica demonstrou que a Meditação apresenta efeitos comprovados na regulação emocional, na atenção e no controle da ansiedade, podendo contribuir significativamente para o bem-estar e o processo de aprendizagem dos estudantes. No ambiente escolar, sua aplicação se mostra promissora tanto como estratégia de enfrentamento do estresse, violência, ansiedade e da hiperatividade, quanto como ferramenta para favorecer a concentração, a convivência social e a humanização das relações pedagógicas.

No contexto pós-pandemia, essas práticas ganham ainda mais relevância. A crise sanitária deixou marcas profundas na saúde mental da população, e, associada aos problemas sociais que se agudizaram, no caso dos estudantes, a deterioração progressiva de sua saúde emocional gerou aumento de

sintomas como ansiedade, depressão, dificuldades de socialização e prejuízos na aprendizagem. Diante desse cenário, a Meditação surge como uma possibilidade acessível e eficaz de promover a recuperação emocional e cognitiva, auxiliando professores e gestores a enfrentar os desafios atuais da escola.

Assim, este estudo evidencia que o uso de PICS como a Meditação deve ser estimulado, não apenas como recurso terapêutico, mas como política pública e pedagógica capaz de fortalecer o cuidado integral ao estudante. Cabe à Educação Física e às demais áreas do conhecimento em saúde ampliar o diálogo com essas práticas, promovendo uma visão de saúde que transcendia o modelo biomédico e valorize a dimensão corpo-mente-emoção-espiritualidade.

Por fim, conclui-se que investir na Meditação como estratégia educativa e de saúde no ambiente escolar pode representar um caminho viável, não invasivo, desmedicalizado, acessível e barato aos cofres públicos, para o enfrentamento das questões de saúde mental no ambiente escolar, para a promoção do bem-estar e para a formação de indivíduos mais conscientes desde a infância, equilibrados e preparados para lidar com os desafios da vida contemporânea.

Torna-se necessário propor estratégias de ações no chão da escola para que através da Educação Física os alunos possam vivenciar de forma segura, prazerosa e saudável a prática da Meditação como ferramenta de qualidade de vida. Os impactos pedagógicos e na saúde mental dos estudantes serão de grande valor.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1205–1218, 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **Physis Revista de Saúde Coletiva** 17 (1), Abr 2007. Disp. Em: [https://www.scielo.br/j/physics/a/PNJtnDSwzyQGYL6Rc7Wygjh/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/physis/a/PNJtnDSwzyQGYL6Rc7Wygjh/?lang=pt).
- ALMEIDA, V. de A.; ALVES, M. N.; TEIXEIRA, L. B.; VIEIRA, L. K. de O.; LIMA, M. L. C. (2025). Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Saúde Mental: inserção e desafios. **Revista Psicologia em Foco**, 15(21), 262–275. Recuperado de <https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/4392>

ANTUNES, P. de C.; LAGRANHA, D.; SOUZA, M. F. de; SILVA, A. M. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. **Motrivivência**, v. 30, n. 55, p. 227–247, 2018.

ANTUNES, P. de C. **Práticas corporais integrativas:** experiências de contracultura na Atenção Básica e emergência de um conceito para o campo da saúde, 2019. Tese (Doutorado em Ciência do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

ANTUNES, P. de C.; MARTINEZ, J. F. N.; FRAGA, A. B. Práticas corporais integrativas: reflexões conceituais e metodológicas no campo da Educação Física e saúde. **Movimento**, v. 29, p. e29017, 2023.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mov/a/kCzXFmmdvRMPN9scf94HwWq/>

ARNSTEIN, A. F. T. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience [Internet]*. 2009 jun;10(6):410–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2648>.

BALREIA, G. K. **Os caminhos da meditação:** estudo histórico, filosófico e técnico sobre a meditação, desde Índia e Tibet, até sua chegada ao Brasil. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/22078>. Acesso em: 9 out. 2022.

BARBONI, V. G. de A. V.; CARVALHO, Y. M. de. Práticas Integrativas e Complementares em saúde na formação em Educação Física: avanços, desafios, velhos e novos embates. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. e200872, 2021.

BARROS, M. B. de A.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; SZWARCWALD, C. L.; AZEVEDO, R. C. S. de; ROMERO, D.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. De; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, I. E.; DAMACENA, G. N.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. de O.; SILVA, D. R. P. da; PINA, M. de F. de; GRACIE, R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e serviços de saúde:** revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 29, n. 4, p. e2020427, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 9 set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/consultas/relatórios/2022/20220311_relatorio_cp_03_pc当地_tdah.pdf. Acesso em: 9 set 2025.

CABSIN, 2019. **OMS lança Estratégia Global para Medicina Tradicional na 78ª Assembleia Mundial da Saúde.** Disp.em: <https://cabsin.org.br/oms-lanca-estrategia-global-para-medicina-tradicional-na-78a-assembleia-mundial-da-saude/>

CRM-PR, versão on line, 2018. **Para CFM, práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico.** Disp. em: <https://www.crmpr.org.br/Para-CFM-praticas-integrativas-incorporadas-ao-SUS-nao-tem-fundamento-cientifico-11-48866.shtml>

COSSIA, T.; ANDRADE, M. de F. R. de. Contribuições da meditação em âmbito escolar. **Revista Interfaces da Educação**, v. 11, n. 31, p. 153–176, 2020.

DEMARZO, M. M. P. Meditação aplicada à Saúde. **Projeto Implementação de Intervenções Baseadas em Mindfulness na Atenção Primária**, São Paulo, 2011. Disponível em: Meditação aplicada a saúde.pdf. Acesso em: 9 set 2022.

DIAS, É. A Educação, a pandemia e a sociedade do cansaço. **Ensaio**, v. 29, n. 112, p. 565-573, 2021.

ESCOLAS... <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/05/5007668-escolas-investem-em-meditacao-para-auxiliar-no-controle-das-emocoes.html>

FALSETTI, M. Z. **Impacto da meditação na atenção e na autorregulação em jovens: revisão sistemática da literatura.** [s.l.]. Dissertação (Grau de mestre em Neuropsicologia) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2021.

FERNANDES, M. **Revisão sistemática da literatura sobre a utilização da meditação e meditação Mindfulness no Brasil.** 2015. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Promoção de Saúde na Comunidade, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Cap. 7. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2015/ses-31783/ses-31783-5837.pdf>. Acesso em: 9 out. 2022.

GUEDES, V.; RIBEIRO, N.; MOGRABI, D. (2023). *Mindfulness, meditação e regulação emocional: achados empíricos e perspectivas futuras.* **Clínica & Cultura**, 9(1).

GOLDSHMIDT, G. Meditation with Children Is It Appropriate to Do Reflective and Meditative Activitywith Children in Schools? **Religion & Education**, v. 47, n. 3, p.

336-350, 2 jul. 2020. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15507394.2019.1590942>.

GOLEMAN, D. **A Arte da Meditação: um guia para a meditação.** Tradução de: Domingos de Masi. 4. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1999. 39 p.

GONZÁLEZ-VALERO, G.; ZURITA-ORTEGA, F.; UBAGO-JIMÉNEZ, J. L.; PUERTAS-MOLERO, P. Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 22, p. 4394, 10 nov. 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4394>

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA (Bahia). Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia.** Salvador, 2019. 30 p. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/PEPICS-Bahia-2020-Politica-Praticas-Integrativas.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2022.

GRACIANO, A. M. N. **Percepção de professores sobre a promoção da saúde em escolas públicas do ensino fundamental.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/b71eb826-5457-404a-90e5-2b6ea2a334ac>.

JORNAL DA USP. **Traumas de infância estão associados a mais de 30% dos transtornos psiquiátricos em adolescentes.** Universidade de São Paulo, USP, 2025. Disp. em: <https://jornal.usp.br/ciencias/traumas-de-infancia-estao-associados-a-mais-de-30-dos-transtornos-psiquiatricos-em-adolescentes/>

KRIEGER, C. S. Práticas integrativas e complementares em saúde e segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Científica Multidisciplinar O Saber - RCMOS** – v. 1 n. 1 (2025): Edição de Janeiro a Julho de 2025 – Volume 1, Número 1, 2025.

LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas.** Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACEDO, F. E. B. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS na produção acadêmica da Educação Física Brasileira:** Uma revisão da literatura. 2018. 65 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

MAGALHÃES, M. G. M. de; ALVIM, N. A. T. Terapias complementares e integrativas no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, 2013.

MEDEIROS, A. M. Práticas integrativas e complementares no SUS: os benefícios do Yoga e da Meditação para a saúde do corpo e da alma. **Correlatio**, v. 16, n. 2, p. 283, 2018.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 276-289, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932009000200006>.

NIGRI, V. E.; PENEDO, S. R. M.; PALETTA, F. C. **Meditação:** análise e comparação de técnicas meditativas orientais. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356662300_MEDITACAO_ANALISE_E_COMPARACAO_DE_TECNICAS_MEDITATIVAS_ORIENTAIS. Acesso em: 9 out. 2022.

OLIVEIRA, N. C. S.; FERREIRA, R. A. G.; WANDERLEY, S. V. N.; CAVALCANTI, J. O. F. dos S. A prática de meditação e alongamento na busca do relaxamento físico e mental em tempos de isolamento social: revisão de literatura. **Revista Diálogos em Saúde**, Morada Nova, v. 3, n. 1, jan 2020. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/298>. Acesso em: 18 set. 2022.

OSHO. **O livro completo da meditação:** equilibrando corpo, mente e espírito. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2017. 272 p. Tradução de: Henrique Monteiro.

PEIXOTO, J. L. et al. Efeitos da meditação sobre os sintomas da ansiedade: uma revisão sistemática. **Revista Psicologia Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 306, 2021.

PINHEIRO, D. V. de L.; ANDRADE, D. C. A. de. Práticas holísticas na escola: uma experiência de campo em João Pessoa. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 29, n. 4, p. 639-647, 2019.

POZZOBON, G. A. L. Práticas Integrativas em Saúde na escola: uma implementação de política pública. 3º PesquisaSUS - Trabalhos e experiências do PÚBLICO INTERNO a FIOCRUZ BRASÍLIA, 2022. FIOCRUZ, DF. Disp. Em: <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/fala-ae-especialista-praticas-integrativas-em-saude-no-ambiente-escolar/>

RANGEL, W. S.; SANTANA, M. L. A. D. **Benefícios, desafios e dificuldades do Programa Saúde na Escola:** Revisão Integrativa. TCC Fisioterapia, Centro Universitário de Várzea Grande, MT. 2020. Disp.: em: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/tccfisio/article/view/1487>

RAAB, Y. S.; BARBOSA, A. Escola para quê? Reflexões sobre a função da escola pública estadual paulista. **Revista HISTEDBR on-line**, v. 19, p. e019010, 2019.

REIS, M. R. PASSES MAGNÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA. Seminário sobre PICS na APS em Feira de Santana (Bahia). **Anais do Evento, 14 de outubro de 2021** [recurso eletrônico]/André Renê Barboni [editor], SMS/PMFS-UEFS/NFSEE. 2021. Disp. em: <https://cris.ufes.br/pdfs/LivroPICSSMSFS.pdf#page=33>

RIBEIRO, A. de S.; ARAÚJO, G. da S. PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL: meditação e reflexão. MEDITAÇÃO E REFLEXÃO. 2021. **PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL | Revista Eletrônica do Programa de Educação Tutorial – Três Lagoas/MS**, v. 3, n. 3, Outubro (2021) p. 264-275.

SANTOS, D. M.; OLIVEIRA, Í. F. de S. A Ansiedade durante a pandemia do COVID-19 para os alunos do CEAAT/IAT em Salvador-Bahia: interlocução entre Educação Física e Psicologia. **Estudos IAT**, Salvador, v.5, n.3, p. 3-21, out., 2020.

SILVA, E. B. **Impacto do isolamento social pela pandemia de COVID-19 na Saúde Mental dos estudantes de medicina e percepção quanto ao ensino remoto em uma Escola Médica Brasileira**. 2021. 104 f. Dissertação (mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2021.

SIMÃO, M. F. **Estética do silêncio: uma interseção entre meditação, escola e colonialidade**. 2025. 290 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR.

TEIXEIRA, F. Z. **Meditação e Educação Física: que relação é essa?**. 2016. 76 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Cap. 4.

TESSER, C. D. Práticas complementares, rationalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

VARGINHA, E.; MOREIRA, A. (2020). Meditação e seus benefícios na promoção da saúde. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, 2(1).

VASCOUTO, H. D.; SBISSA, P.; TAKASE, E. A utilização da meditação no contexto escolar: uma análise da literatura. **Revista Caminhos, On-line, “Humanidades”**, Rio do Sul, v. 4, n. 6, p. 87-106, 2013.

MASSOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IDOSO: UM ENSAIO SOBRE O CONCEITO DE “MULTIDIMENSIONALIDADE DO SER” APLICADO A TRÊS ESTUDOS NACIONAIS

Alexsandra Costa Nascimento¹

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A Massoterapia (massagem) é um conjunto de manobras e uma forma de terapia corporal que existe há milhares de anos e tem sido praticada em diferentes culturas ao redor do mundo. Acredita-se que tenha se originado no antigo Oriente Médio e tenha sido introduzida na Índia e em diversos outros lugares. Em 2006 o Ministério da Saúde Brasil aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), e entre as intervenções está a Massoterapia. Em suas diversas técnicas, a Massoterapia envolve desde a massagem estética, toque até a massagem terapêutica. Esta última prática tem demonstrado eficácia como adjuvante no tratamento médico da tensão/dor muscular bem como de transtornos de ansiedade e depressão, especialmente entre os idosos. Sendo assim, os idosos podem ter qualidade de vida, dentro de um estilo de vida mais saudável e ativo. Portanto, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PEPICS-BA), reforça a importância das abordagens terapêuticas que considera não apenas o corpo físico, mas também as dimensões emocionais, espirituais e vibracionais do ser humano, à luz da chamada Medicina Vibracional. Esta vertente propõe que o cuidado em saúde deve abranger os diferentes níveis de energia e consciência do indivíduo, indo além dos aspectos exclusivamente biomédicos.

OBJETIVO: Produzir reflexões gerando um ensaio em que se analise como a massagem pode melhorar a qualidade de vida dos idosos em destaque na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA: A partir de uma busca bibliográfica com base numa revisão sistemática integrativa nas bases de dados MEDLINE (Pubmed) e GOOGLE ACADÉMICO foram selecionados três artigos em língua Portuguesa, tendo um recorte temporal entre os anos de 2014 e 2024, que embasaram este ensaio e análises críticas, o critério de elaboração foi selecionar artigos que atuaram só com idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A partir desses três artigos foram produzidas reflexões sobre as PICS, a eficácia da massagem, formação profissional no referencial da Medicina Vibracional. Os artigos demonstraram que a utilização da massagem trouxe para a vida dos idosos participantes desses estudos, melhoria na qualidade de vida, porém nada acrescentaram em termos do transcendente. Os idosos foram olhados apenas na biologia corporal, ou seja, na dimensão fisiológica e emocional, que compreende

¹ Professor de Educação Física.

os sistemas anatômicos e funcionais do corpo humano. CONCLUSÃO: Sem afirmações definitivas, de modo geral, foi evidenciado que a massagem trouxe uma melhor qualidade de vida para os idosos, sem ênfase nas questões transientes, vibracionais e espirituais como definido na Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA). Sendo assim, é necessários mais estudos e pesquisas sobre a temática que levem em consideração os corpos sutis e multidimensionalidade do ser.

PALAVRAS-CHAVE: Massagem. Idosos. Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO:

Envelhecer é um processo natural que envolve mudanças graduais relacionadas à idade, afetando diversos aspectos da vida humana. Esse fenômeno progressivo vai além do desgaste físico, influenciando também dimensões culturais, sociais e emocionais. Tais transformações ocorrem de maneira distinta em cada indivíduo, podendo se manifestar em diferentes idades cronológicas. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2020), envelhecimento saudável significa preservar a capacidade funcional, ou seja, a habilidade de manter o bem-estar físico, mental e social ao longo dos anos, promovendo uma vida ativa e com qualidade:

é um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida. (Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020, p. 1).

Essa capacidade funcional é determinada pela interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo, ou seja, suas capacidades físicas e mentais e as características do ambiente que ele habita como o lar, a comunidade e a sociedade em geral. Para promover esse envelhecimento, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020) lidera a década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), uma iniciativa global que busca melhorar a vida das pessoas idosas. Essa iniciativa foca em quatro áreas de ação: mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; fornecer cuidados integrados centrados na pessoa e serviços de saúde primários que atendam às pessoas idosas; e fornecer acesso a cuidados de longo prazo para pessoas idosas que necessitam.

O Estatuto do Idoso define que indivíduos com sessenta anos de idade ou mais são considerados idosos (Lei n. 10741/2003). Nesse contexto, em 2022 o

número total de idosos, no Brasil, atingiu 32 milhões, representando 15,6% da população brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). O envelhecer é caracterizado com alguns marcadores como: aumento da fragilidade, diminuição das funções vitais, alterações fisiológicas, psíquicas e sociais, essas modificações exigindo do idoso uma adaptação diante do seu novo estilo de vida.

Sendo assim, na atual conjuntura, a vida moderna vem trazendo uma nova dinâmica no cotidiano da sociedade, onde a corrida contra o tempo, turbilhão de informações, vem proporcionando aos indivíduos um alto nível de estresse, cansaço, fadiga, dores corporais, entre outros. A ampliação crescente do número de idosos associados às consequências que podem advir desse processo, como o aumento de doenças crônicas e internações hospitalares, mostram a necessidade de formulação e aprimoramento de políticas preventivas e de promoção da saúde. Na tentativa de melhorar a qualidade de vida desse grupo etário, muitas estratégias têm sido desenvolvidas para promover um envelhecer saudável e ativo, considerando que, nas próximas décadas, uma parcela expressiva da população será composta por pessoas idosas (MENDONÇA, 2010; VERAS, 2008).

A qualidade de vida torna-se um importante meio de impacto na saúde na qual se inicia desde o bem estar físico, mental, psicológico e emocional até as condições de saúde fisiológicas. A população idosa precisa compreender o que é qualidade de vida e a partir daí adotar um estilo de vida saudável a fim de usufruir de sua senescênci a sendo ativa e independente em todas as dimensões de saúde (AZEVEDO, 2015).

O conceito clássico de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), tem sido discutido objetivando sua ampliação, conforme relata Toniol (2017)

Em maio de 1984, acadêmicos, técnicos e políticos se reuniram na sede da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, Suíça, por ocasião da 37ª assembleia geral da instituição. Entre tantas outras resoluções aprovadas naquela ocasião, com as quais eu tomava contato a partir da consulta direta aos arquivos da agência, uma em particular reteve minha atenção. Tratava-se da decisão WHA37.13, cujo conteúdo pode ser sintetizado nos seguintes termos:

Documento consultado: A37/33, 15 de maio de 1984. Arquivos OMS.

tendo considerado o relatório da direção geral [da OMS] sobre a dimensão espiritual para o “Programa saúde para todos no ano 2000” e também acompanhando as indicações do Comitê executivo sobre a resolução EB73.

R3, a assembleia: [...] Reconhece que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. Afirma que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde. Convoca todos seus Estados-membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo-a conforme os padrões culturais e sociais locais (grifos originais).

Minha surpresa diante da contundência daquela resolução que inscrevia a “dimensão espiritual” como um fator intrínseco à saúde humana só não foi maior que as descobertas acerca da amplitude histórica da presença e, portanto, dos debates sobre essa categoria naquela instituição. Espiritualidade, como descobriria nos meses seguintes de pesquisa na biblioteca e nos arquivos da OMS, é uma noção presente nos documentos oficiais da Organização desde 1948, ano em que foi fundada.

Neste contexto, integrar todas as dimensões do ser, considerando o espiritual também como objeto essencial do cuidado em saúde, requer a uma mudança de referencial no campo da saúde, a partir de uma perspectiva holística com novas reflexões, novos conceitos – ou uma releitura e adequação dos que estão postos, levando a uma nova formação do profissional de saúde bem como de uma nova práxis em todos os níveis da atenção e promoção da saúde. Ou seja, uma verdadeira revolução na forma de entender, formar profissionais e produzir o cuidado em saúde (GOMES e BEZERRA, 2020).

Dentro do escopo do princípio da integralidade o agir em saúde deve compreender o ser humano por inteiro, nunca dividido, separado e sem interação. O profissional de saúde distante de uma postura autoritária de tudo saber deve considerar todas as dimensões que constituem o indivíduo numa nova ética de cuidado.

Sendo assim, dentro do recorte deste estudo, para o grupo populacional dos idosos vem sendo adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) novas estratégias para a melhoria da saúde, a partir de novas propostas de intervenção. Utilizando-se de estratégias como a incorporação das práticas de atividade física, da alimentação saudável e adequada, o exercitar a mente e também a introdução de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Uma das estratégias das PICS que está ganhando muito espaço é a prática da massagem terapêutica. Muito bem aceita pelos idosos, esta atividade proporciona uma melhoraria significativa aos sistemas do corpo humano, proporcionando diminuição da tensão muscular e consequente relaxamento corporal, aliviando o estresse e as dores articulares. A massagem também estimula diversos sistemas corporais, como sistema circulatório, sistema nervoso, sistema imunológico e, também, ainda pouco conhecido, estrutura o campo energético (CASSAR, 2001).

As PICS são um conjunto de técnicas ou procedimentos/abordagens terapêuticas, que envolvem conhecimento tradicional, ancestral, bioenergias na dimensão do cuidado, a “escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade”. Estas técnicas ou procedimentos/abordagens terapêuticas não estão submetidas ao referencial biomédico possuindo uma “visão ampliada do processo saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral do ser humano, especialmente do autocuidado”, levando em conta os múltiplos aspectos do ser humano e do cuidado físico, emocional, mental, espiritual e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Em maio de 1984, em Genebra, a 37ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre tantas outras resoluções aprovadas, reconheceram que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida, e que todos os Estados-membros deveriam incluir essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo a conforme os padrões culturais e sociais locais (TONIOL, 2017; PIMENTA e CÂNDIDO, 2024).

Com isso, abriu-se a perspectiva para a multidimensionalidade do ser e no cuidado à saúde com PICS sendo então necessário que o profissional de saúde se prepare e saiba reconhecer esta multidimensionalidade, as necessidades espirituais na pessoa idosa.

As atividades que envolvam intervenções e a disseminação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde estão alinhadas com as diretrizes da Política Nacional de PICS (BRASIL, 2006) e da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA) (SESAB, 2019).

A PEPICS-BA (2019) é um documento técnico que visa garantir a integralidade na atenção à saúde e permite enxergar e tratar o indivíduo como um ser multidimensional, com relevância trazida nos itens 4.2 Práticas Corporais e Vivências Integrativas e 4.3 Práticas Energéticas/Vibracionais e Meditativas/Contemplativas.

Enquanto o aprofundamento das abordagens com PICS na Atenção Primária concentrava-se no cuidado, o interesse científico permanecia voltado à produção de evidências, negligenciando a compreensão da multidimensionalidade do ser e da vivência espiritual expressa nos corpos (DAOU, 2005).

Esta multidimensionalidade do ser trata-se das dimensões sutis do ser humano, à sua dimensão divina ou transcendente, reconhecendo como parte integrante do ser humano, o espírito e a bioenergia, conceito este distante daquele abordado no contexto jurídico, fático e epistemológico. É o ser humano composto não só de suas células, mas da parte espiritual, inteligência que sobrevive à morte destas células (DAOU, 2005).

Com isso, muitas vezes as PICS têm sido criticadas duramente, rejeitadas ou tidas como um ineficaz “suspiro romântico” de idealistas ou de místicos. Porém, suas intervenções não teriam aumentado em número de atendimento no SUS e na assistência privada nem teriam sustentação nem se manteriam se fossem placebo (TOMA, 2021).

Massoterapia é um conjunto de diversas práticas corporais tendo como base uma concepção holística de corpo numa racionalidade transdimensional entre os aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais, variando desde a massagem terapêutica até a massagem estética (ZANARDO, 2020).

Para este estudo, a massagem é abordada como terapia, técnica de tratamento e promoção da saúde, sendo, de forma geral, uma forma de tocar o corpo do usuário com qualidade, com sensibilização dos limites corporais e direcionada a um propósito, proporcionando relaxamento ou energizando o corpo dependendo da abordagem, do momento e da necessidade da pessoa idosa, mas resultando sempre em bem estar (ANDRADE, 2020).

Levando em consideração as diversas técnicas e manobras, a massagem também produz conexão mente-corpo-espírito, que permite ao indivíduo um momento de reflexão, encontro com seu eu.

Portanto, entender o ser humano em diversas dimensões é perceber suas vivências dentro de um complexo que abrange matéria, energia e espírito, em todos os campos (psicológico, emocional, social, cultural e político).

É deslocar nosso olhar, nossas histórias e nossas visões de mundo, saindo do materialismo e migrar para um referencial holístico, um movimento sistêmico, de integração do ser. Ou seja, para a Espiritualidade – aqui entendida como busca pessoal para sentir, emocionar-se e interiorizar o sentido da vida e ganhar resiliência via experiências profundas do ser (TONIOL, 2017).

A saúde humana depende da harmonia entre os sistemas físico, mental, emocional e espiritual/vibracional, podendo utilizar metodologias que atingem cada uma das camadas de forma integrada. Esse é o campo da Medicina Vibracional: “um campo terapêutico que atua diretamente sobre as frequências

sutis que compõem o corpo humano. Seu foco é reorganizar o campo vibracional por meio de estímulos que restauram o equilíbrio energético” (TIBÉRIO, 2024).

Através de toques energéticos, massagens, sons, luzes, essências, campos eletromagnéticos e outras técnicas e abordagens, é possível ajustar “padrões dissonantes e fortalecer a coerência vibracional do organismo” (TIBÉRIO, 2024), aliando dores, mal estar.

Enquanto o paradigma da medicina ocidental contemporânea fixa-se na centralidade da doença e de sistemas médicos complexos (curativista, centrado no medicamento, exames, etc), dotados de teorias específicas sobre o processo saúde-doença, o funcionamento do organismo, o diagnóstico e a terapêutica (SANTOS, 2017), a Medicina Vibracional trabalha na multidimensionalidade do ser e nas suas dimensões sutis, entendendo que não somo apenas corpo físico.

À exemplo, a Acupuntura que embasa todo um sistema médico focado nos chacras e nadis; a Homeopatia com diluições de parte por milhão – certos de que os elétrons agem terapeuticamente; as diversas formas de Imposição de Mão, que atingem as camadas espirituais do ser; a Massagem terapêutica (assim como os Toques Terapêuticos) agem nas couraças musculares, nos campos energéticos, ou seja, agem em dimensões além da matéria física (PEREIRA, 2015).

Conforme ensina Ubaldi (1985, p. 139),

É natural, por isso, que escape à orientação materialista da ciência e sobretudo da medicina moderna, o significado íntimo da doença, que tende a fixar-se em formas específicas na raça, como última consequência de erradas correntes de pensamento que dominam em nosso tempo. Para manter o estado de saúde, é necessário que todo o mecanismo físico-espiritual de nosso composto humano funcione em harmonia com os princípios das leis que regulam a vida. (UBALDI, 1985, p. 139).

Ou seja, a medicina contemporânea que foca no alívio da dor e do sofrimento, perdeu a dimensão sutil do cuidar, que vai bem mais além do que a cura da patologia, sendo o profissional da saúde que atua com PICS aquele/a que põe o ser humano no centro do cuidado, que acolhe, que ouve, com responsabilidade e amor gerando laços afetivos humanitários com o usuário (BARBONI e BARBONI, 2025).

Sobre as técnicas, entende Boadella (1992) que tensões corporais podem ser superadas por massagens especiais e movimentos posturais, devolvendo a leveza e a saúde do usuário que sente seu corpo de uma nova maneira pelo desenvolvimento da consciência, dentro de uma percepção espiritual, de iluminação.

A atenção aos direitos e em especial à saúde do idoso tem crescido cada vez mais, com várias intervenções e projetos em variados temas, realizados com ampla abrangência seja em locais públicos, ou espaços privados. Atividades para idosos envolvendo PICS são muito bem aceitas por este grupo populacional e os resultados apontam para uma sensação de bem-estar, melhoria das condições psíquicas/fisiológicas com liberação de mais endorfinas, melhor a percepção e sensibilidade corporais, aumento de resiliência e autoconhecimento (ALMEIDA, 2021).

É também neste grupo populacional que a questão da espiritualidade tem maior relevância. Um estudo realizado por Rosa (2008) associou positivamente a resiliência ao envelhecimento bem-sucedido. Logo, o estudo do processo saúde-doença em idosos deve envolver outras expressões psicofísicas, aspectos energético-vibrationais, uma vez que está clara a melhoria na qualidade de vida e produção de resiliência entre os usuários.

A percepção do ser humano, em sua forma integral, possuidor de corpos com diferentes níveis e necessidades de energias, são mais ou menos ativadas com as PICS, que não são o “remédio eficaz” para resolução de toda doença, mas são suporte, complemento para o tratamento médico quando este envolve além da Medicina acadêmica, a Medicina Vibracional, responsabilidade com o outro, os afetos.

A população idosa tem aumentado consideravelmente no Brasil, e nas próximas três décadas estima-se que a população brasileira será predominantemente idosa. Sendo assim, pensando em um cuidado desmedicalizado, não invasivo e focado na pessoa, a massagem pode contribuir com a melhoria das condições de vida do idoso com tantos benefícios para sua qualidade de vida, reduzindo gastos e promovendo a integralidade da atenção.

2. JUSTIFICATIVA:

Esse ensaio propõe um olhar crítico sobre a relevância da Massoterapia para idosos levando em conta a multidimensionalidade do ser humano, a partir de artigos publicados. O grupo dos idosos tem procurado cada vez mais as PICS para complementar o cuidado de saúde.

São poucos os estudos que olham a integralidade no contexto da multidimensionalidade do ser humano e assim, a carência analítica à respeito justifica a produção deste ensaio.

Massoterapia na Atenção Primária à Saúde do Idoso: um ensaio sobre o conceito de “multidimensionalidade do ser” aplicado à três estudos nacionais
Alexsandra Costa Nascimento

Associo o meu interesse particular de realizar o estudo com essa temática pelas minhas participações e vivências como bolsista e voluntária na UEFS nos Programas de Extensão na Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI) (RE CONSEPE nº 13/1992) e, também, como bolsista e voluntária no Programa de Extensão Terapêuticas não Convencionais e Você (TnC) (RE CONSEPE nº 72/2013), onde aprendi cotidianamente a ter um olhar humanista nos atendimentos e técnicas das massoterapias.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

3.1 DESENHO DO ESTUDO:

Trata-se de um ensaio com base em Revisão Sistemática Integrativa e Estruturada fundamentada nas recomendações que constam em Botelho, Cunha e Macedo (2011). O ensaio se caracteriza pela sua natureza reflexiva e interpretativa e “sua radicalidade está no seu não-radicalismo dogmático. A radicalidade estabelece-se na forma como o ensaísta vai à raiz do objeto analisado” (...) E desta forma, é uma construção livre pois “o ensaio não opera, necessariamente, com as mesmas categorias da razão científica, apesar de recorrer a elas, quando é necessário” (MENEGHETTI, 2011).

3.2 OBJETO DO ESTUDO:

“O objeto pode ser material ou imaterial, concreto ou abstrato, mas sempre é real, pois existe enquanto algo que aparece, possui essência e é cognoscível na totalidade” (MENEGHETTI, 2011). Neste caso, foi analisada a massoterapia na Atenção Primária à Saúde do Idoso a partir do conceito de “multidimensionalidade do ser” aplicado à três estudos nacionais.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Como critério de inclusão foram admitidos apenas artigos que só utilizavam a massagem como método terapêutico em idosos, publicados no recorte temporal nos anos de 2014-2024, escritos em língua portuguesa e indexados nas bases de dados MedLine (Pubmed) e Google Acadêmico.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Os critérios de exclusão foram: os artigos fora do recorte temporal; em outro idioma que não fosse a língua portuguesa; abrangência de outro grupo populacional; e aqueles que incluíam além da massagem outro procedimento terapêutico associado.

3.5 FONTES DE INFORMAÇÃO:

As fontes de informação foram selecionadas na busca nas seguintes plataformas: MedLine (Pubmed) e Google Acadêmico, com última busca realizada dia 15 de maio de 2024.

3.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA:

Foi feita uma pesquisa detalhada em cada uma das bases utilizando os seguintes descritores associados: “idoso/s” + “massagem/ns” alternativamente estes outros descritores associados: “qualidade de vida” + “PICS”. Depois, os filtros que foram usados para o artigo foi o ano de publicação, idioma, tipo de processo terapêutico (massagem), tipo de intervenções aplicadas.

3.7 SELEÇÃO DOS ESTUDOS:

Para compor este ensaio foram selecionados estudos baseados na observação e experimentação. A partir destes o ensaio foi produzido ciente de que para este propósito não há necessidade da comprovação empírica, “mesmo que ela possa apresentar-se como elemento de confirmação de pressupostos. Este é reflexão permanente, em que a centralidade da sua força está menos na evidência empírica e mais nos atributos da razão que pensa a realidade” (MENEGETTI, 2011).

A escolha dos artigos que embasam a análise crítica foi realizada através de três etapas: análise de títulos, análise de resumos e leitura integral do artigo. Posteriormente, foram selecionados os estudos que atenderam aos critérios de inclusão e que tinham compatibilidade temática com o objetivo de pesquisa. Depois de confrontar as informações, os artigos foram incluídos.

A revisão foi conduzida de acordo com as Etapas da Revisão Integrativa, um sistema desenvolvido por Botelho, Cunha e Macedo (2011), que se divide em 6 fases minuciosas para orientar a evolução do trabalho. A 1^a etapa é

a Identificação do Tema e Seleção da Questão de Pesquisa, logo após vem a 2^a etapa que é o Estabelecimento de Critérios de Inclusão e Exclusão, na 3^a consiste na Identificação dos Estudos Pré-Selecionados e Selecionados, já a 4^a é a Categorização dos Estudos Selecionados, na 5^a há a Análise e Interpretação dos Resultados e pôr fim a 6^a e última etapa é a Apresentação da Revisão/Síntese do Conhecimento. As três fases iniciais formam a Metodologia deste estudo. A quarta e a quinta farão parte dos Resultados e Discussão, culminando na sexta ao entregar e apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso.

3.8 PROCESSO DE COLETA DE DADOS DOS ARTIGOS:

A coleta dos dados foi feita por meio da elaboração de uma tabela-síntese que incluía os itens selecionados: Identificação, triagem, elegibilidade e incluídos.

3.9 LISTA DE DADOS:

A lista de dados dos artigos trabalhados de acordo com os critérios de inclusão estão expostos na tabela formada pelos itens: autor, número de participantes, idade, estudo, tempo e programa de massagem, resultados encontrados e conclusão.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS:

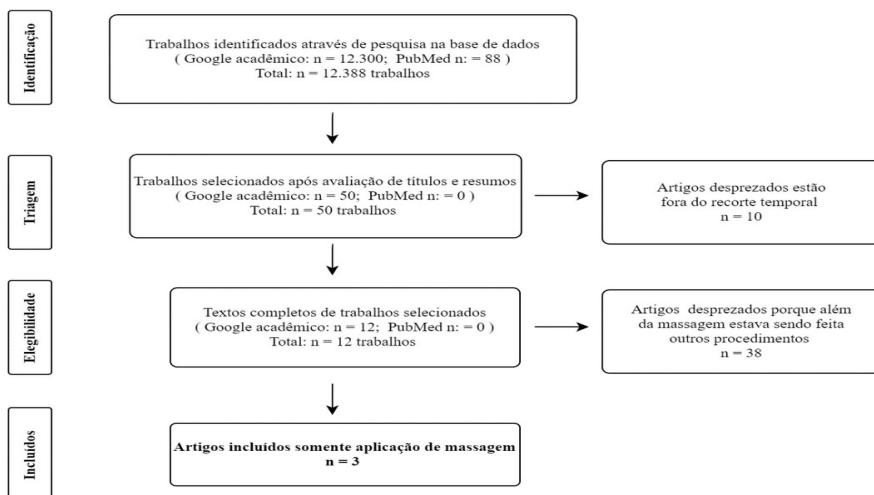
Este ensaio com suporte da revisão sistemática integrativa não envolve pesquisa com seres humanos e não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Entretanto, todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução foram rigorosamente seguidos, garantindo a veracidade das informações e os direitos autorais, sempre que aplicável, e os resultados da pesquisa, acessíveis ao público.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Na busca bibliográfica foram identificados 12.388 artigos nas bases de dados no Google Acadêmico e Pubmed. Impossível trabalhar com todos, e desses, a partir dos filtros e critérios de inclusão, 50 foram selecionados através da leitura dos títulos e resumo. Foram excluídos 10 artigos publicados antes de 2014, ou seja, estão fora do recorte temporal 2014-2024. Dos 40 artigos restantes, 28

artigos foram desprezados porque além da massagem foram feitos outros procedimentos associados como: acupuntura, Reiki, dança, entre outros. Com 12 artigos, somente 3 eram estudos com aplicação exclusiva de massagem em idosos, e que foram incluídos, conforme figura 1.

Figura 1. Representação esquemática dos métodos de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão de artigos na revisão.



Dos três artigos encontrados, a abordagem dos estudos são respectivamente: Longitudinal, Descritivo-exploratório e Dossiê (Quadro 1) que estão inseridos na presente revisão sistemática integrativa. Todos foram realizados no Brasil (BR) (EIDELWEIN, 2015), na região Sul e Sudeste, no estado Rio Grande do Sul, (NESSI, 2018; NESSI; LOPES, 2018) e no estado de São Paulo.

A regulamentação da PNPICS pelo Ministério da Saúde, e sua introdução no SUS, deveria alcançar a todos os brasileiros e não pode ser vista como um luxo. Na verdade, ela é uma poderosa aliada para ampla oferta de PICS, porque complementa o cuidado proporcionando recuperação da saúde e gera bem-estar, e, portanto, os idosos teriam uma melhor qualidade de vida, conseguindo assim diminuir algumas mazelas que ocorrem com o envelhecimento (EIDELWEIN, 2015; NESSI, 2018; NESSI; LOPES, 2018).

No total de indivíduos, os artigos apresentam de um total de 105 participantes; o maior foi no Estado de São Paulo (NESSI; LOPES, 2018), com 78 pacientes e o menor com 10 pacientes realizado no SP por (NESSI, 2018).

Quadro 1. Representação dos artigos selecionados.

#	Tempo e programa de massagem	Resultado	Conclusão
1	1 mês de massagem, 8 sessões (30 minutos, duas vezes na semana)	Foi observado a melhora na qualidade do sono nos idoso que apresentaram, inicialmente, a qualidade de sono como ruim, com diminuição do percentual em mais de 23,3%, no entanto, não houve diferença com aqueles que manifestaram, de início, distúrbio do sono.	Os resultados mostraram que o tratamento com massagem não melhorou a qualidade do sono para os idosos com distúrbio do sono. Entretanto, melhorou para aqueles com a qualidade do sono ruim
2	5 sessões (30 minutos)	Os resultados foram relevantes nesses indivíduos, em que foi possível perceber a diminuição da pressão arterial; após a massagem: 90% confirmaram se sentir bem, mais motivados, mais dispostos;	Houve significante resultado positivo nos idosos em relação à queda gradual no nível de stress fisiológico e psicológico pós-massagem gerontológica Epicrânia e Dorsal, podendo ser este um dos melhores tratamentos na redução dos níveis de estresse nos idosos, contribuindo, assim, a uma saúde de qualidade
3	Massagem 20 minutos nas mãos e 10 minutos na cabeça	Os resultados foram: oportunidade de socialização e interação; Estímulo físico, social e cognitivo; Sentido e fonte de satisfação na vida; Aumento de autoestima e resgate ou manutenção de identidade; Alcance de maior autonomia possível; Idosos mais ativos e participativos; Prevenção de riscos e doenças e redução de danos	Concluímos com as práticas que os idosos demonstraram alegria na participação, sentiram-se acolhidos, desejaram mais práticas contínuas, relataram aos familiares os efeitos das práticas, divulgaram para outros idosos, demonstraram disposição e melhor estado de humor. Consideramos a massagem uma prática saudável para o bem estar do idoso, o que foi uma rica experiência para os jovens universitários envolvidos.

OBS.: Os três estudos analisados são respectivamente (n |idade): 1- (17 | 81,5); 2- (10 | 60-74); 3- (78 | 60-85).

Referente aos tipos de massagem utilizadas nas intervenções, não houve um padrão, ou seja, foram usadas diversas massagens, tais como: a massagem clássica; a massagem gerontológica; Massagem Reflexa Manual e Massagem Epicrânia. Mesmo com a diversidade de técnicas, todos os estudos apontam que a massagem trouxe uma melhor qualidade de vida para os idosos e atuaram na sua multidimensionalidade, ou seja, influenciando na sociabilidade, na comunicação, afeto, no estresse, nas dores corporais, contexto espiritual, entre outros (EIDELWEIN, 2015; NESSI, 2018; NESSI; LOPES, 2018).

O primeiro artigo de Eidelwein (2015) utilizou a técnica da massagem Clássica nos pés nos dezessete idosos de ambos os sexos, onde foram realizadas duas vezes por semana, com duração de aproximadamente trinta minutos cada sessão no turno da tarde. Todas as intervenções foram executadas por apenas um profissional da saúde, utilizando as seguintes manobras: deslizamento superficial, *effleurage*, *pétrissage*. O deslizamento superficial é o deslizamento da mão em toda a superfície que irá ser tratada com a movimentação deslizante realizada em diversas direções. Já a *Effleurage* na sua tradução significa deslizar, ou seja, o movimento é realizado na direção centrípeta. E *Pétrissage* na sua tradução significa amassar, ou seja, com os movimentos de comprimir os tecidos moles, no segmento que será massageado. É salientado que nesse estudo foi treinado um cuidador de cada Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), para que os procedimentos interventivos fossem aplicados na mesma forma para todos os idosos.

Os dezessete idosos incluídos tinham idade média de 81,5 anos (DP: 8,3), 64,7% (equivalente a onze idosos) eram do sexo feminino, 88,2% (quinze idosos) possuem ensino fundamental incompleto, 70,6% (doze idosos) são solteiros, viúvos ou separados.

Foi observado que grande parte dos idosos participantes foram do sexo feminino, sem parceiro(a). Essa participação se dá por conta da prevalência de problemas relacionadas a qualidade do sono e o distúrbio do sono, as razões mais citadas por eles. Com relação as dificuldades do sono foram apontados os barulhos, as preocupações familiares e micção noturna excessiva. Com a aplicação das técnicas de massagem nos pés dos idosos que integraram o estudo, foi demonstrado a melhora na qualidade do sono. Conjecturam os autores que a não alteração nos resultados dos que já tinham o distúrbio do sono, se deu por conta dos diversos fatores ligados diretamente aos transtornos do sono, sendo viável que se faça um conjunto de cuidados e tratamentos multidisciplinares para que assim haja uma melhorar importante nessas alterações (EIDELWEIN, 2015).

O estudo salienta ainda que durante todo o processo da intervenção, foi identificado o entusiasmo e interesse pelas sessões de massagens, com compromisso de chegar no horário e no dia marcado, produzindo responsabilização com sua saúde e vínculo entre os idosos aumentando, assim a comunicação entre eles (EIDELWEIN, 2015).

O segundo artigo de Nessi (2018) utilizou a técnica da massagem gerontológica Epicrânia (na cabeça) e dorsal (nas costas). Nos dez idosos de ambos os sexos, foram realizadas durante 4 semanas, cinco sessões, com duração de 30 minutos cada. A execução dos protocolos da Massagem Epicrânia, solicitou que o idoso(a) voluntário(a) se colocasse em decúbito ventral, numa maca de massagem que foi realizada em 30 minutos. Já a execução o protocolo da Massagem Dorsal, solicitou que o idoso(a) ficasse em posição ventral, expondo a região dorsal que recebeu a aplicação atingindo a região das costas, cintura pélvica e escapular, com duração de 30 minutos.

Foi aplicado óleo neutro diretamente sobre o corpo após o aquecimento das mãos, sequência. As manobras da massagem produziram de 10 a 12 repetições de cada movimento. Os idosos também preencheram a Ficha de Anamnese Geral e, também, o Questionário padronizado para a avaliação dos aspectos psicológicos, antes do início da primeira sessão.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para as medições fisiológicas: Oxímetro de dedo *PM100C New Tech* que é responsável por acompanhar a frequência cardíaca e a taxa de perfusão do sangue através da passagem do sangue na ponta dos dedos e o Aparelho Medidor de Pressão de Pulso Digital Automático Geratherm Tensio Control que monitorar os valores da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica. Sendo assim, foram aferidas a pressão arterial sistólica e diastólica (PAS e PAD), a saturação de oxigênio arterial (PaO₂), a frequência cardíaca (FC) e a frequência respiratória (FR) em repouso antes e depois todas as sessões da massagem Epicrânia (NESSI, 2018).

Os resultados do estudo demonstraram que a massagem gerontológica proporcionou aos idosos a redução da Pressão Arterial, que em média, antes do procedimento foi 11,9 a diastólica, enquanto a sistólica 6,1. Após a massagem a pressão diastólica foi 11,6 enquanto a sistólica 6,5, ou seja, foi identificado e atestado a diminuição da pressão arterial. Após a massagem 90% dos idosos afirmaram se sentir bem, mas motivados, dispostos, ou seja, houve um resultado positivo afirmado pelos próprios idosos pós-massagem. Foi notado a média do nível de saturação em relação aos aspectos fisiológicos antes da sessão em 96,2. Após 95,8, ou seja, teve redução. A média de pulso dos idosos antes da massagem

foi significativa de 81,2, após a massagem, queda de 4,67%, acarretando a média de 78,7. Também obteve-se a queda da frequência cardíaca 0,69%, entre as médias de 19,4 e 18,4 (NESSI, 2018).

Sendo assim, concluiu o autor que a massagem gerontológica trouxe qualidade de vida aos idosos participantes, o declínio dos níveis de estresse; a diminuição da pressão arterial e na respiração. Outros benefícios levantados dizem respeito à melhora da autoestima; disposição e motivação; formação de vínculos. Conforme este estudo, a massagem é uma grande aliada para trazer bem-estar contínuo aos idosos, relaxamento e grande colaboradora ao tratamento da dor, extrema relevância para a pessoa idosa (NESSI, 2018).

O terceiro artigo de Nessi e Lopes (2018), relatam que foram incluídos 78 idosos ambos os sexos, submetidos a 20 minutos de massagem nas mãos e 10 minutos na cabeça. A execução dos protocolos das práticas de massagens foi feita pela seguinte forma: primeiro, com a recepção e boas-vindas ao idoso; logo após encaminhamento para sentar confortavelmente na cadeira; depois as informações sobre a Virada da Maturidade com apresentação do vídeo; seguindo com o preenchimento do Questionário de Anamnese (questões sobre saúde física e sinais vitais) as informações sobre procedimento da Massagem Reflexa Manual; e por fim, a higienização das mãos com álcool 70%. Os idosos responderam questionário de Anamnese, sobre Família e Idoso, e sensações pré e pós Massagem (NESSI; LOPES, 2018).

Os resultados do estudo demonstraram que a vivência da prática da massagem proporcionou oportunidades de socialização e interação bem como estímulo físico, social e cognitivo. Foi relatada a satisfação na vida; aumento de autoestima e resgate ou manutenção de identidade; alcance de maior autonomia. Os idosos tornaram-se mais ativos e participativos e, relataram que no pós-massagem sentiram-se menos estressados (NESSI; LOPES, 2018).

Sendo assim, concluíram os autores que com as práticas de massagem os idosos demonstraram alegria na participação, sentiram-se acolhidos, desejaram mais práticas contínuas, relataram aos familiares os efeitos das práticas, divulgaram para outros idosos, demonstraram disposição e melhoria no estado de humor. Consideraram, por fim, a massagem como uma prática saudável para o bem estar do idoso (NESSI; LOPES, 2018).

Os três artigos estudados demonstraram que a utilização da massagem trouxe para a vida dos idosos participantes desses estudos, uma melhoria na qualidade de vida, proporcionando assim uma melhor qualidade do sono; influência positiva na sociabilidade; melhora na comunicação; desenvolvimento de

afeto; alívio de dores e tensões; melhora na circulação sanguínea; redução do estresse; apoio à saúde mental, entre outros.

A análise crítica dos artigos revelou que as intervenções com massagem não utilizam os referenciais da Medicina Vibracional que leva em conta a multidimensionalidade do ser, reconhecendo para além da biologia, as questões emocionais e espirituais que correspondem à relação entre o ser o transcendente. Esta visão puramente materialista do corpo humano decorre da formação profissional, da visão de mundo que orienta os profissionais no processo de cuidar (BARBONI, 2025).

Para Lowen (1985) “a massagem é uma parte importante da Bioenergética. É a contrapartida aos exercícios ativos, nos quais se requer um esforço para produzir resultados”. Neste sentido, os terapeutas corporais abandonaram definitivamente o velho tabu que impedia psicanalistas a terem qualquer contato físico caloroso com usuários, enquanto os terapeutas corporais ajudam na massagem e no toque aqueles que procuram ajuda, e “introduziram muitas técnicas e repertórios de toque físico, massagem e manipulação, com o objetivo de abrandar a rigidez corporal e de ajudar a pessoa a ter um maior contato com seu fluxo interno de energia.” (BOADELLA, 1992).

A massagem é intervenção não farmacológica, não invasiva, que auxilia a diminuição da medicalização e da automedicação, redução da dor, dos transtornos mentais menores e proporcionando conforto para os idosos (SOARES, 2018). A eficácia da massagem é clara.

Mas basta observar melhorias físicas, corporais? É só isso?

A compreensão ampliada do ser humano mostra que a resposta é “não”. Conforme Moreschi (2011), é preciso pensar a alteridade nas relações de cuidado em saúde. E essa alteridade passa pela questão da multidimensionalidade, que ainda é um grande desafio, visto que os cursos de graduação da área da saúde não preparam os futuros profissionais para considerar o usuário nas dimensões do cultural, emocional e do espiritual.

Para atenção à saúde com PICS é preciso repensar a relação profissional-usuário com a inclusão da sua multidimensionalidade deste último confirmado a humanização como referência. Esta perspectiva instiga o pensar crítico, a transcendência, uma dimensão ampliada do ser humano.

O Brasil é referência mundial no cuidado à saúde com PICS na atenção primária, presente em 100% das capitais e em 3.024 (54%) municípios com oferta de atendimentos individuais (Ministério da Saúde, 2023). Sabe-se que o

interesse pelas PICS vem crescendo nos últimos anos, constituindo objeto de qualificação profissional extracurricular para os profissionais de saúde, de investigação científica para diversos pesquisadores e de ampliação de oferta pelo SUS. Pode-se também, perceber as PICS inseridas em escolas (à exemplo da meditação) e como conteúdo curricular nos diversos cursos de graduação, quer seja de forma optativa ou obrigatória. Há uma ótima aceitação das PICS pelos usuários com relatos de eficácia e até cura.

Entretanto, pouco ainda ou nada se sabe sobre o conhecimento da multidimensionalidade do ser, de sua dimensão sutil, espiritual. Diante do exposto, pergunta-se: os acadêmicos da área de saúde estão sendo adequadamente preparados para atuar nesse contexto de PICS/espiritualidade? Ainda que sejam poucas as Universidades que ofereçam disciplina específica na área, os estudantes sabem do alcance espiritual das PICS ou repetem o modelo medicalizado, centrado na doença física apenas? E será que estamos preparados para uma Medicina Vibracional?

Sem afirmações definitivas, de modo geral, foi evidenciado que a massagem trouxe uma melhor qualidade de vida para os idosos, mas, sem ênfase nas questões transcendentais, vibracionais e espirituais como definido na PEPICS-BA.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Deve-se salientar a necessidade de mais estudos críticos referente a aplicação de PICS como novas práticas em saúde e em especial da massagem com os idosos, e que esses dados que consubstanciem seu uso terapêutico, e assim obter mais evidências e artigos que tratem da multidimensionalidade humana.

Abarcada apenas a literatura produzida no Brasil e no espaço de 10 anos, percebe-se a necessidade de estudos futuros envolvendo outros países e o avanço das PICS, em especial da massagem como terapia adicional para idosos.

As PICS, cada vez mais crescentes nos serviços públicos de saúde, evidenciam a lógica da Medicina Vibracional preconizada na PEPICS-BA, totalmente congruente aos princípios e diretrizes do SUS, da multidimensionalidade do ser humano e da humanização do cuidado.

Massoterapia na Atenção Primária à Saúde do Idoso: um ensaio sobre o conceito de “multidimensionalidade do ser” aplicado à três estudos nacionais
Alexsandra Costa Nascimento

Neste sentido, a massagem enquanto prática de saúde e produção do cuidado humanizado seja no SUS ou no espaço privado, exige um profissional com “postura de cuidador, ou seja, responsável, consciente, eticamente implicado, tecnicamente habilitado, politicamente atuante e socialmente comprometido” (MATOS e BARROS, 2024).

Na questão de minha formação como pessoa e profissional foi um enorme aprendizado durante o processo de elaboração deste ensaio, com desafios enriquecedores, leituras importantes que me levaram a muitas reflexões, fortalecendo a minha certeza sobre o cuidado que devo oferecer a todos os usuários, em especial os idosos, que vivem uma fase tão estigmatizada do ciclo vital natural, com destaque para o etarismo tão injustamente presente em nossa sociedade, deve ser de cuidador, de quem se importa.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, C. R. F., ALCÂNTARA, J. T. de; QUEIROZ, T. A. (2021). Práticas integrativas e complementares em saúde: utilização e eficácia para melhoria da vida do idoso. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 1757-1765.
- ANDRADE, M. D.; PEREIRA, M. M. V. de J.; SILVA, P. P. M. da; PEREIRA, R. J. Benefícios físicos e mentais da massagem terapêutica. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer-Goiânia*, v. 17, n. 32, p. 136, 2020.
- AZEVEDO, M. S A. **O envelhecimento ativo e a qualidade de vida:** Uma revisão integrativa. Dissertação de mestrado em enfermagem comunitária. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/584080000/O-ENVELHECIMENTO-ATIVO-E-A-QUALIDADE-DE-VIDA-tese-de-mestrado>. Acesso em: 22 de abril de 2025.
- BAHIA. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA).** Governo do Estado da Bahia. 2019.
- BARBONI, A. R.; BARBONI, S. A. V. **Medicina Vibracional e Ubaldi.** Webnário YouTube, 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lc8PWE8HEOM>. Acesso em: 06 de maio de 2025.
- BOADELLA, D. **Correntes da vida:** uma introdução à Biossíntese. 2. ed. São Paulo: Summus, 1992.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-%20estudos-organizacionais>. Acesso em: 24 de maio 2024.

CASSAR, M. P. **Manual de Massagem Terapêutica:** Um guia completo de massoterapia para o estudante e o terapeuta. 1. ed. São Paulo: Manole Ltda, 2001. p. Disponível em: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp_content/uploads/2010/12/livro-mario-paul-cassar-manual-de-massagem-terapeutica.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2025.

NESSI, A. L. da S.; LOPES, R. G. da C. Experiência da massagem para o idoso na Virada da Maturidade–uma reflexão sobre a família. **Revista Longeviver**, v. 57, n.1, p. 22-29, 2018. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Experiencia+da+massagem+para+o+idoso+na+Virada+da+Mat+uridade+uma+reflex%C3%A3o+o+sobre+a+fam%C3%ADlia+&btnG=. Acesso em: 15 de maio de 2024.

DAOU, D. **Autoconsciência e multidimensionalidade.** 1. ed. Foz do Iguaçu: Editares, 2005.

EIDELWEIN, L. D. **Qualidade do sono de idosos institucionalizados:** a prática de massagem como terapia alternativa. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, 2015. Disponível em: <https://repositorio.upf.br/server/api/core/bitstreams/f03f2efe-ff68-4b04-87e9-22566928fef2/content>. Acesso em: 15 de maio de 2024.

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, v. 5, n. 1, p. 65-69, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022.** BRASIL: IBGE, 2022.

LOWEN, A. **Exercícios de Bioenergética:** o caminho para uma saúde vibrante. 6. ed. São Paulo: Ágora, 1985.

MATOS, L. S.; BARROS, J. O. de. (2024). Implicações dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado: revisão integrativa da literatura. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 34(1-3), 222-238.

MENDONÇA, A. P.; SUASSONI, C. E.; ZANNI, K. P. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 99-115, 2010.

Massoterapia na Atenção Primária à Saúde do Idoso: um ensaio sobre o conceito de “multidimensionalidade do ser” aplicado à três estudos nacionais
Alexsandra Costa Nascimento

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023.** Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que significa ter saúde?:** Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social. Ministério da Saúde. Brasil, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude_brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude. Acesso em: 22 de março de 2025.

MORESCHI, C.; SIQUEIRA, D. F. de; PIEXAK, D. R.; FREITAS, P. H.; RANGEL, R. F.; MORISSO, T. dos S.; BACKES, D. S. (2011). Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **Revista de Enfermagem Da UFSM**, 1(1), 22–30. <https://doi.org/10.5902/217976922086>.

NESSI, A. L. da S. **O “toque” na vida do idoso: a massagem gerontológica como uma proposta inovadora para o bem-estar.** Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21423/2/Andr%C3%A9a%20Leonardo%20da%20Silva%20Nessi.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento saudável.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 02 de junho de 2025.

PEREIRA, R. D. de M.; SILVA, W. W. O. de; RAMOS, J. C.; ALVIM, N. A. T.; PEREIRA, C. D.; ROCHA, T. R. Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. **Rev. Enferm. UFPE** on line, p. 710-717, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016359>. Acesso em: 23 de maio de 2025.

PIMENTA, F. de C. R.; CÂNDIDO, V. C. A Espiritualidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Que espiritualidade?. **PoliÉtica. Revista de Ética e Filosofia Políticas**, v. 12, n. 2, p. 289-304, 2024.

ROSA, L. H. T. **Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda-RS.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS, 2008.

SOARES, J. N.; SILVA, N. C. L.; OLIVEIRA, S. S.; BARROS, Z. A. (2018). A massagem como técnica terapêutica na assistência a saúde e bem estar do idoso. **ID on Line. Revista de Psicologia,** 12(40), 807-814. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1161>.

SANTOS, C. M. C.; GUTIÉRREZ, I. E. M. de; SOUZA FILHO, M. L. P. de; SILVA PEREIRA, E. V. da. (2017). VIVÊNCIA DA HOMEOPATIA: UMA RACIONALIDADE MÉDICA INTEGRATIVA NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-UEFS. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, 7(2), 44-50.

TOMA, T. S.; HIRAYAMA, M. S.; BARRETO, J. O. M.; BOERIRA, L.; AMADO, D. M.; ROCHA, P. R. S. (Orgs.) **Práticas integrativas e complementares em saúde: evidências científicas e experiências de implementação.** 2021. 362p.

TIBÉRO, Z. **O que é medicina vibracional?** Tibério Z metafísico e espiritualista, 2024. Disponível em: <https://www.tiberioz.com.br/o-que-e-medicina-vibracional/>. Acesso em: 10 de junho de 2025.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico [Online]**, v.42 n.2, p. 267-299, 2017.

UBALDI, P. **Problemas atuais.** p. 139. Fundação Pietro Ubaldi, 1986.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; ARAÚJO, D. V.; MENDES, R. K. W. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2008.

ZANARDO, J. **Massoterapia e terapias holísticas.** Impacto Notícias, 12 jun. 2020. Disponível em: <https://www.impactonoticias.com.br/2020/06/massoterapia-e-terapias-holisticas/>. Acesso em: 28 de maio de 2025.

MEDICINAS TRADICIONAIS: A SABEDORIA ANCESTRAL NO CUIDADO COM A SAÚDE

Bianca Suzart Neri¹

Camyla da Silva Costa¹

RESUMO:

O presente trabalho propõe uma introdução à discussão sobre as medicinas tradicionais, compreendidas como expressões da sabedoria ancestral no cuidado com a saúde. Reconhecendo a amplitude e complexidade do tema, destaca-se sua diversidade cultural, fundamentos terapêuticos e papel nos sistemas contemporâneos de saúde, especialmente no contexto das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Com base na definição da Organização Mundial da Saúde, o texto explora, de forma panorâmica, práticas milenares como a medicina tradicional chinesa, ayurvédica, africana e indígena, evidenciando sua contribuição para uma abordagem holística e integral da saúde. Também são abordados o uso de plantas medicinais, o reconhecimento legal dessas práticas no Brasil e sua importância para a promoção de uma atenção à saúde culturalmente sensível, sustentável e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: medicinas tradicionais, saúde integral, saberes ancestrais, fitoterapia, práticas integrativas, diversidade cultural.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

Desde os primórdios da humanidade, o cuidado com a saúde esteve vinculado a saberes transmitidos oralmente, à observação da natureza e à interação espiritual entre os seres humanos e o mundo que os cerca. Antes mesmo da consolidação da medicina ocidental moderna, diversos povos já utilizavam recursos terapêuticos baseados em tradições culturais milenares. Essas práticas, conhecidas como medicinas tradicionais, representam um vasto e rico patrimônio imaterial, com valor reconhecido por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por serem conhecimentos majoritariamente transmitidos oralmente, sobretudo entre povos originários e comunidades historicamente colonizadas, esses saberes foram e continuam sendo frequentemente silenciados ou apagados ao longo do tempo. Como alerta Ailton Krenak, “quando morre um velho, é como

¹ Estudante de Psicologia Física da UEFS.

se uma biblioteca fosse incendiada”, evidenciando o impacto profundo da perda dessas memórias vivas. Em um mundo cada vez mais globalizado e tecnológico, as medicinas tradicionais permanecem relevantes, especialmente por promoverem uma abordagem integral do cuidado, que considera o corpo, a mente, o espírito e o meio ambiente. Este trabalho tem por objetivo iniciar a discussão sobre a complexa e abrangente temática das medicinas tradicionais, destacando suas principais características, influências culturais, aplicações terapêuticas e o papel que desempenham nos sistemas de saúde contemporâneos.

Além disso, as medicinas tradicionais são reflexo da diversidade e da riqueza dos saberes acumulados por gerações. Ao contrário de um modelo único e padronizado, elas surgem em diferentes contextos históricos e geográficos, respondendo às necessidades de cada comunidade com criatividade, sabedoria e sensibilidade. A valorização desses saberes é, portanto, também uma forma de resistência frente à homogeneização imposta pela medicina biomédica dominante. Em tempos de rediscussão dos paradigmas de saúde e bem-estar, as práticas tradicionais se apresentam como alternativas válidas e eficazes, que propõem uma escuta mais atenta e respeitosa aos sujeitos e suas experiências. Elas trazem à tona dimensões simbólicas, emocionais e espirituais que frequentemente são negligenciadas pelos protocolos convencionais, resgatando o cuidado como relação e vínculo, e não apenas como intervenção técnica.

Por fim, é fundamental compreender que a integração das medicinas tradicionais aos sistemas de saúde nacionais deve ocorrer com base no diálogo intercultural, no respeito aos direitos das populações tradicionais e na valorização de seus modos de vida. Essa perspectiva permite não apenas ampliar o acesso ao cuidado, mas também promover a equidade, a sustentabilidade e a justiça social no campo da saúde pública.

Desse modo, a escolha de trabalhar com a medicina tradicional surgiu do interesse em conhecer, valorizar e perpetuar os saberes e práticas produzidas pela ancestralidade, tendo como ponto norteador a visão integrada e social dos sujeitos, portanto, às dimensões espirituais e culturais são partes importantes do estudo, uma vez que o que se considera saúde e como pode ser promovida sofrerá variação a depender da cultura, como por exemplo a medicina indígena e a medicina tradicional chinesa que possuem visões distintas de como alcançar o bem-estar físico e espiritual.

O interesse no objeto de estudo também está embasado em conhecer outras alternativas terapêuticas que sejam eficazes e acessíveis na produção de saúde e que dialoguem com a prática psicológica, considerando que o ser humano é múltiplo e, portanto, as práticas de cuidado também devem ser. Essas

abordagens contribuem para o fortalecimento da saúde pública e para a autonomia da pessoa, que, ao buscar medidas alternativas, muitas vezes reduz os custos com o uso de medicamentos tradicionais. Nesse contexto, a fitoterapia se destaca como uma importante estratégia, por utilizar plantas medicinais com propriedades terapêuticas reconhecidas, promovendo o cuidado de forma natural, culturalmente enraizada e financeiramente viável. Além disso, a fitoterapia resgata saberes tradicionais e amplia o acesso ao cuidado em comunidades que historicamente têm seu acesso limitado aos serviços de saúde convencionais, fortalecendo uma prática de saúde integral, sustentável e inclusiva.

Assim, as aulas da disciplina de BIO163 – Terapias Corporais, e todo olhar sensível sobre os povos tradicionais, serviram como instigadores para a escolha da temática e busca por produzir um material que integre os nossos interesses pessoais, o saber científico psicológico e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em prol da promoção da saúde, da prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos físicos ou psíquico.

2. A INSERÇÃO DAS MEDICINAS TRADICIONAIS NO SISTEMA DE SAÚDE:

O reconhecimento das medicinas tradicionais pelos sistemas formais de saúde é uma demanda crescente e um avanço importante para a construção de modelos mais inclusivos e integrativos. No Brasil, desde 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou práticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e outras no rol de atendimentos da atenção básica. Essas ações visam promover o cuidado integral e humanizado, respeitando a diversidade cultural da população brasileira. Além disso, valorizam os saberes populares e tradicionais como formas legítimas de produzir saúde, reduzindo a medicalização excessiva e incentivando a prevenção.

Desse modo, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC, 2006), visa o estabelecimento de políticas de saúde integrais e humanizadas para a prevenção de agravos e promoção, manutenção e recuperação da saúde baseado nos princípios do SUS. A PNPIC contempla o grupo denominado pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), buscando estimular mecanismos tecnológicos e seguros, com uma escuta acolhedora, vínculo terapêutico e integração entre ser humano, meio ambiente e sociedade.

As diretrizes para estruturação e fortalecimento da PNPIC estão relacionadas ao incentivo da Política em todos os níveis de atenção, com ênfase

especial na atenção básica, considerada a porta de entrada prioritária do usuário no SUS. Isso inclui o desenvolvimento das PICS em caráter multiprofissional para os diversos trabalhadores presentes no SUS, em consonância com o nível de atenção; à implementação e ampliação de ações e o incentivo às iniciativas já existentes; o estabelecimento de formas de financiamento; e a elaboração de normas técnicas e operacionais para execução e desenvolvimento das diretrizes.

Também se prevê a articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e outras políticas do Ministério da Saúde. No entanto, apesar de sua importância estratégica, a atenção primária básica segue sendo frequentemente negligenciada, especialmente em municípios de pequeno porte e regiões periféricas, onde faltam recursos, profissionais capacitados e infraestrutura adequada. A OMS reconhece que o fortalecimento da atenção primária é essencial para garantir acesso universal e equitativo à saúde, e alerta que a fragilidade nesse nível de atenção compromete toda a estrutura do sistema de saúde (OMS, 2018). Assim, o fortalecimento das PICS na atenção básica não só amplia o acesso ao cuidado integral, como também representa uma oportunidade de valorização dos saberes tradicionais e da promoção da saúde em contextos historicamente marginalizados.

Embora as PICS tenham como foco estratégico a atenção básica, elas também desempenham um papel significativo nos demais níveis do sistema de saúde, como a atenção especializada e a atenção hospitalar. Em ambientes hospitalares, por exemplo, práticas como a meditação, aromaterapia, acupuntura, reiki e musicoterapia vêm sendo incorporadas como estratégias de cuidado paliativo, controle da dor, manejo da ansiedade e humanização do atendimento, tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde.

No nível da atenção especializada, as PICS também podem atuar de forma complementar ao tratamento convencional de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, depressão e transtornos de ansiedade, promovendo uma abordagem integral do paciente. A PNPIIC, nesse sentido, busca estimular a transversalidade dessas práticas nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para um modelo mais humanizado, culturalmente sensível e sustentável de cuidado. Ainda assim, sua consolidação depende de formação adequada dos profissionais, investimento em pesquisa científica, financiamento contínuo e valorização dos saberes tradicionais, de modo a garantir sua eficácia, segurança e legitimidade dentro do sistema público de saúde.

3. CONCEITO DE MEDICINAS TRADICIONAIS:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), medicinas tradicionais são “a soma total dos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências autóctones de diferentes culturas, utilizadas na manutenção da saúde, assim como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais”. Esse conceito abrange uma variedade de sistemas terapêuticos que emergiram de contextos culturais diversos, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica indiana, as práticas de cura africanas, e a ciência indígena.

Essas práticas não são meramente alternativas à medicina convencional, mas representam sistemas completos de conhecimento que envolvem diagnóstico, prevenção e cura, muitas vezes associados a crenças espirituais, cosmologias próprias e relações comunitárias de cuidado. Essas práticas estão intimamente ligadas com a vida cotidiana das comunidades, pois tem uma relação muito forte com o entendimento de cuidado para esses povos.

4. ALGUNS TIPOS DE MEDICINAS TRADICIONAIS:

É importante destacar que existem diversas práticas e formas de fazer a medicina tradicional, muitas delas não estão no conhecimento popular, aqui falaremos das mais conhecidas.

Medicina Tradicional Chinesa (MTC): Baseada nos princípios do yin-yang, dos cinco elementos e do fluxo de energia vital (qi), a MTC inclui acupuntura, fitoterapia, massagem (tuiná), exercícios (qi gong) e dietoterapia. Essa abordagem busca restaurar o equilíbrio energético do corpo para promover saúde e bem-estar.

Medicina Ayurvédica: Originária da Índia, a ayurveda concebe o ser humano como a interação de três doshas (vata, pitta e kapha), cujos desequilíbrios geram doenças. Os tratamentos incluem uso de plantas medicinais, dietas, purificações, massagens e práticas meditativas.

Práticas Africanas: Diversas tradições africanas combinam o uso de plantas medicinais com rituais espirituais e ancestrais. As curas são conduzidas por curandeiros e xamãs, que desempenham papel importante na coesão social das comunidades.

Saberes Indígenas: povos originários utilizam a medicina tradicional como parte de uma cosmovisão que integra corpo, espírito, natureza e

comunidade. Os conhecimentos sobre plantas medicinais, cerimônias de cura, benzimentos e a atuação dos pajés são centrais para essas práticas.

5. O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS:

A fitoterapia é um dos elementos mais amplamente reconhecidos das medicinas tradicionais, sendo utilizada há milênios por diferentes povos como forma de prevenção e tratamento de doenças. O uso terapêutico de plantas medicinais está presente em praticamente todas as culturas, e constitui uma importante forma de acesso ao cuidado, especialmente em áreas remotas, com infraestrutura limitada, e entre populações vulneráveis, para as quais o acesso a medicamentos industrializados muitas vezes é restrito. No Brasil, o conhecimento popular sobre plantas medicinais foi valorizado e incorporado à PNPIIC, como uma forma de reconhecer e legitimar os saberes tradicionais no contexto do cuidado em saúde pública.

Além disso, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) tem como objetivo promover o uso seguro, racional e sustentável desses recursos, incentivando tanto a pesquisa científica quanto a preservação dos conhecimentos tradicionais. Essa política também estimula a produção local e o cultivo de plantas medicinais por agricultores familiares, comunidades tradicionais e povos indígenas, gerando benefícios sociais, econômicos e ambientais. Ao integrar saberes tradicionais com evidências científicas, a fitoterapia se consolida como uma prática que favorece uma abordagem integral, culturalmente sensível e alinhada aos princípios do SUS, contribuindo para a autonomia dos usuários, a valorização da biodiversidade brasileira e a humanização do cuidado.

6. CONCLUSÃO:

As medicinas tradicionais representam mais do que sistemas terapêuticos antigos — elas são expressões vivas de culturas, espiritualidades e modos de existência que resistem ao tempo e à colonialidade do saber. Elas desafiam os paradigmas biomédicos hegemônicos ao propor uma abordagem mais sensível, relacional e integrativa da saúde.

Ao longo deste trabalho, buscou-se oferecer uma introdução ao debate sobre os saberes ancestrais e sua permanência nos contextos contemporâneos de cuidado. Ainda que de forma inicial e sintética, foi possível perceber como esses saberes mantêm sua relevância ao articular, de maneira indissociável, cuidado,

espiritualidade, natureza e comunidade. A diversidade das práticas – da medicina tradicional chinesa à ayurveda, das tradições indígenas às africanas – revela que há múltiplos caminhos legítimos para o bem-estar, e que nenhum deles deve ser invisibilizado ou hierarquizado frente aos modelos hegemônicos. Reconhecendo que se trata de um tema vasto, complexo e profundamente enraizado em dimensões culturais e históricas, este trabalho representa apenas um ponto de partida, que convida a reflexões mais aprofundadas e ao reconhecimento da pluralidade dos modos de cuidar em saúde.

No contexto brasileiro, a institucionalização das PICS no SUS representa um avanço importante. Contudo, é preciso garantir que essa integração se dê com respeito à autonomia dos povos tradicionais, evitando a descaracterização ou a exploração de seus saberes. Promover o diálogo entre o conhecimento científico e os saberes tradicionais não significa hierarquizar, mas reconhecer a potência de diferentes formas de compreender e cuidar da vida. As medicinas tradicionais, ao priorizarem a escuta, o vínculo e a integralidade, oferecem caminhos para uma saúde mais humana, sustentável e equitativa.

Portanto, investir na valorização, regulamentação e difusão responsável das medicinas tradicionais é investir em um modelo de cuidado que celebre a diversidade, acolha a complexidade da existência humana e respeite os vínculos entre corpo, mente, espírito e natureza. Trata-se, afinal, de um convite à escuta profunda, ao cuidado com o outro e à construção de uma sociedade mais justa e conectada com suas raízes.

Assim, é notável a articulação interdisciplinar entre a medicina tradicional com a Psicologia, em especial as abordagens que levam em consideração a espiritualidade. As duas produções de saber buscam uma visão holística do sujeito e das práticas de promoção de saúde, portanto o psicólogo pode trabalhar em conjunto ao paciente promovendo e executando práticas integrativas respaldadas na literatura, como a acupuntura e as ervas medicinais, além de mediar a concepção de saúde tradicional e a tradicional. Diante disso, é importante que os profissionais de Psicologia, estejam atentos às diversas PICS e também sejam profissionais que saibam lidar com as especificidades dos diferentes povos.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIIC.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** Genebra, OMS, 2013.

TAVARES, M. F. Medicinas tradicionais, práticas integrativas e complementares: desafios para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2993-3001, 2015.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 429-438, 2005.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

BUDISMO, FERRAMENTA PARA MANUTENÇÃO DO SER ATIVO

Cleiton Cintra da Silva¹



1. HISTÓRIA DO BUDISMO:

O budismo tem seu início por volta de 2500 anos, tendo sua origem na Índia sendo propagado para a maior parte da Ásia e futuramente para o Ocidente nos séculos XX e XXI (BAEZA, 2014), mas quem foi o precursor do budismo? O propulsor do budismo é Siddhartha Gautama, nascido do clã de Shakya, filho do rei de Kapilavastu, tendo uma vida, a priori, pautada pelo luxo e proteção da realidade uma vez que tomou conhecimento das realidades do mundo (doenças, velhice e morte) o mesmo renunciou todo o luxo consumido, até então, e tornou-se asceta (aquele que nega o corpo físico em busca da liberação da alma) após essa experiência conclui que o ascetismo não faria sentido e procurou pela “vida média”, um caminho de moderação, longe dos extremos. Com isso seguiu sua vida percorrendo as planícies do Ganges, morrendo aos 80 anos e dando início à linhagem de transmissão dos séculos.

2. BUDISMO NO BRASIL:

Segundo Usarsky (2016), a história do budismo no Brasil pode ser dividido em 4 fases, sendo: a primeira que abrange as décadas do século XIX e a primeira metade do século XX sendo o budismo em solo nacional quase que completamente restrito aos imigrantes da Ásia; a segunda fase (pós-guerra), nasce da frustração da não realização do sonho de enriquecer e voltar para o Japão, optando assim por se manter no Brasil, apesar da política de repressão, nascendo assim diversas comunidades budistas além da construção e da expansão de templos como o da escola Honmon-Butsuryu-shu.

Muitos japoneses passaram a praticar o Budismo. [...] Antes da guerra os japoneses, em geral, não cuidavam bem dos túmulos de seus mortos, pois pretendiam regressar logo para o Japão. Porém, pode-se perceber, aqui, que os japoneses que perderam o “culto ao imperador” e precisavam decidir-se pela permanência no Brasil, tentaram obter a estabilidade psicológica através do “culto ao ancestral” em forma budista (MITA, 1999, p. 177, p. 179, p. 181).

¹ Estudante de Química da UEFS.

A terceira e penúltima fase foi marcada por interesses crescentes nos círculos intelectuais do Budismo japonês tendo como cidade foco, São Paulo e Brasília. A quarta fase vem sendo marcada pela polarização em termos de movimentos, grupos, centros e templos.

Esta diversificação tem-se intensificado a partir dos anos 1980, no sentido de duas tendências. A primeira tendência tem a ver com o aumento do número de instituições budistas de cunho chinês e coreano. O Brasil recebeu a partir de 1949, ondas quantitativamente significativas de chineses.

3. PRÁTICAS CONHECIDAS:

O budismo tem diferentes vertentes, são divididas principalmente em 3 pilares Theravada, Mahayana e Vajrayana, com isso temos diferentes características crenças e práticas, mas podemos destacar algumas práticas presentes em parte ou em todas as vertentes assim como presente nas subdivisões e escolas.

Dentre as práticas que podemos destacar, está a meditação que é o foco desse trabalho, sendo a vertente mais comercial conhecida também como *mindfulness*, pelo seu objetivo não religioso com grande alcance no ambiente corporativo e nas organizações de trabalho.

A meditação pode ser feita de diferentes finalidades e intenções, aconselho que o leitor busque e experimente as diferentes formas de meditação, a diversos vídeos e informações na web e em um bom acervo de livros, outras práticas que podem ser destacadas são a atenção plena, Cânticos e Rituais e as Práticas Regionais.

4. CONFIRMAÇÃO CIENTÍFICA?:

É sabido que a meditação é foco de diversas pesquisas que buscam mapear e entender os impactos de tal prática, que por muitas vezes é vista como enigmática e que se faz presente em diversos espaços diferentes. Dentre alguns estudos recentes podemos destacar aquele realizado por Hoge (2023), onde é traçado um comparativo entre a prática da *mindfulness* e o medicamento antidepressivo *escitalopram* – antidepressivo da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Alguns indícios apontavam no sentido de que as práticas de *mindfulness* tinham sim um impacto positivo na redução da ansiedade. Concluiu o autor que as práticas *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), não foram inferiores se comparado ao obtido com antidepressivo. Um

outro estudo aponta para o aumento da massa cinzenta cérebro assim como do hipocampo (HÖLZEL *et al.*, 2011).

5. DIVULGADORES NACIONAIS/VEÍCULOS PARA POPULARIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO:

Tendo em vista toda riqueza cultural, filosófica, comportamental e de auto ajuda da meditação entre outras práticas budistas, despertamos o olhar para entender como é feita a divulgação dessas práticas buscando entender o porquê são veiculadas na mídia de forma mais **palatáveis** para a população em geral, podendo assim se fazer uma prática mais democrática.

No cenário midiático atual, como o Spotify, o YouTube, e também livros, e-books temos representantes como a Monja Coen, que além de escrever livros como “Aprenda a viver o agora”, uma autobiografia, mostrando como iniciou-se nas práticas budistas, além de trazer um “aparato prático”, indicando posturas interessantes para viver de forma plena no cotidiano e nas suas aflições “como estar zen no trânsito”, por exemplo, neste livro há ainda a defesa da potencialidade do momento sendo possível nesse período curto de tempo o alcançar de certa iluminação, da mudança do pensar e com isso possivelmente uma mudança do ser para melhor.

Vale ressaltar, também, a participação, no cenário brasileiro, do filósofo e jornalista Clóvis de Barros Filho, que além de dividir autoria com a monja em livros, realizou a produção de matérias sobre o tema como um dos episódios de sua saga voltando apenas para discorrer acerca do budismo, discutindo para além da definição do budismo como uma religião ateia seja como filosofia, trazendo toda uma explicação da origem e de interferências dentro dos preceitos budistas, material esse com título “inédita pamona 233 – Explorando o Budismo” (disponível de forma gratuita no Spotify).

6. IMPACTO NO CONTEXTO ESPECÍFICO (RELATO DE VIVÊNCIA):

Pelo potencial calmante e de focar a atenção do praticante no momento presente, apresento minha experiência pessoal do grande impacto positivo da meditação.

Para mim, jovem adulto de 24 anos, universitário em processo de escrita do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), as práticas meditativas do budismo têm me ajudado bastante na manutenção da atenção, do foco, enquanto produzo a escrita a partir de leituras, assim como no processo de descanso.

Percebo que sem a meditação fica mais difícil controlar a ansiedade e o estresse ao longo do dia uma vez que o momento é de tensão emocional, pressão acadêmica que podem levar ao esgotamento. Se forem somados outros fatores relacionados a situações de vulnerabilidade pessoal, social e econômica, a ansiedade gerada pela insegurança só aumenta.

Estudos epidemiológicos mostram presença de sinais e sintomas da ansiedade mas desde a Filosofia antiga que já se observava que a sua manifestação colocava todo o ser em certos riscos, como se lê em Epicteto:

Tal como ao caminhar ficas atento para não pisar num prego ou torcer teu pé, não deixes de ficar atento também no sentido de não ferir tua faculdade condutora. Se em cada uma de nossas ações conservarmos essa atenção, disporremos de mais segurança ao executá-la (Epicteto, Discursos, Manual, 38).

Como o próprio Epicteto sugere, toda situação é caracterizada pela necessidade da atenção enquanto desperto a partir de recursos emocionais que são de competência do próprio sujeito.

Ser estudante no nível superior apresenta aspectos que expõem o jovem ao desgaste físico, emocional, espiritual e mental. São exigidas horas para aulas mas também para a pesquisa, extensão e atividades extra-curriculares, mas a carga horária é tão alta que sobrecarrega o aluno que quase não tem tempo para o lazer, o *relax*, a vida contemplativa/espiritual.

Ter um tempo para contemplação e imersão no “eu” pode nos trazer respostas, perguntas, silêncios e a possibilidade da manutenção de uma vida com saúde e consciência ativa, onde o ser é de certa forma mais dono de si e da forma com que interpreta e rege ao ambiente. Numa perspectiva otimista podem ainda possibilitar a libertação total da onda de sequestro de atenção gerado pelas mídias rápidas e pela necessidade constante de dopamina, problemática presente em diversas esferas sociais dentro do nosso atual contexto.

O ambiente virtual pode gerar adultos submissos a plataformas e com uma qualidade de vida ameaçada por fatores psicossociais estressores.

Na minha vivência com meditação, ainda que submetido às tensões emocionais da vida universitária, foi possível sentir melhor autonomia que se sente ao viver plenamente.

A reconhecida necessidade de cuidados pessoais foi o primeiro passo para a conquista de meu equilíbrio e saúde mental.

De certa forma, a experiência com meditação também foi divertida em diversos momentos pois conseguia me ligar, através da memória, a momentos

passados podendo revivê-los mentalmente, uma vez que estavam distantes de ser refeito como eu poderia narrar:

“era como se por um momento eu voltasse para aquele momento que salvei a me perceber presente e observar/anotar o máximo de detalhes, ao estar distante daquele momento querido me sentava na mesma posição ou semelhante e por um momento poderia emular o que foi registrado anteriormente com detalhes”.

REFERÊNCIAS:

- BAEZA, J. J.; GARCIA ÁLVAREZ-COQUE, M. C. Extent of reaction balances: A convenient tool to study chemical equilibria. **World Journal of Chemical Education**, v. 2, n. 4, p.54-58, 2014.
- USARSKI, F. O Budismo de imigrantes japoneses no âmbito do Budismo brasileiro. **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, Belo Horizonte, v. 14, n. 43, p. 717-739, 2016.
- COEN, M. **Aprender a viver o agora**. São Paulo: Academia, 2019.
- EPICTETO. **Manual de Epicteto: A arte de viver melhor**. Tradução Edson Bini: 1. ed. São Paulo: Edipro, 2021.
- HOGUE, E. A.; BUI, E.; METE, M.; DUTTON, M. A.; BAKER, A. W.; SIMON, N. M. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**, v. 80, n. 1, p. 13-21, 2023.
- HÖLZEL, B. K.; CARMODY, J.; VANGEL, M.; CONGLETON, C.; YERRAMSETTI, S. M.; GARD, T.; LAZAR, S. W. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. **Psychiatry research: neurimaging**, v. 191, n. 1, p. 36-43, 2011.

MASSAGEM PARA PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO: UMA TERAPIA E SEUS BENEFÍCIOS

Daniel Silva de Jesus Ferreira¹

1. INTRODUÇÃO:

A massagem é um dos conteúdos presentes na ementa da disciplina de BIO163 – Terapias Corporais, numa nova perspectiva que se abre no contexto universitário brasileiro para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Como praticante da musculação, trago então minha experiência e algumas considerações voltadas aos benefícios da massagem para praticantes de musculação.

Existem vários tipos de massagens e aqui tratarei da massagem de Liberação Miofascial (LM) que tem grande potencial de melhora no aumento de massa muscular e por isso, é muitas vezes o foco dos praticantes de musculação.

A LM é uma técnica de massagem que através das suas manobras aplica pressão em alguns pontos do corpo liberando as aderências presentes entre as camadas musculares e ajuda a relaxar e alongar os músculos, para que haja maior liberdade entre o músculo e a fáscia (OSTHEIMER, 2020). Esta liberação pode então promover mais liberdade de movimentos e aumentar a capacidade de expansão muscular, o que é excelente para a hipertrofia.

Em resumo, essa técnica aplica pressão em pontos do corpo, ajudando o músculo a relaxar e alongar permitindo maior liberdade entre o músculo e a fáscia.

A fáscia é uma rede de tecido conjuntivo propriamente dito denso e fibroso, que fica logo abaixo da pele, é rica em colágeno, e que promove a transmissão de força tensional uma vez que circunda e dá suporte à estrutura corporal, permite o deslizamento muscular, protege e transmite informações sensoriais, sendo essencial para o movimento e a saúde geral do corpo. Fisiologicamente é elástica, mas devido ao estresse, lesões ou má postura pode enrijecer e causar dor.

Devido a composição de receptores dolorosos neste tecido, são frequentes as queixas de dor em pontadas, diminuição da força muscular, limitação da amplitude de movimento. A LM é uma técnica manual amplamente utilizada na fisioterapia, em especial no meio esportivo, não farmacológica, não invasiva com objetivo de mobilizar a fáscia, reduzindo aderências entre elas e

¹ Estudante de Educação Física da UEFS.

outros tecidos como músculos, gerando assim alívio do quadro. Sua eficácia é discutida uma vez que está ligada a interação entre o terapeuta e o paciente, assim como com a habilidade do terapeuta de sentir as mudanças teciduais pelo toque.

2. RESULTADOS DE UMA ENTREVISTA COM O PERSONAGEM FICTÍCIO RAFAEL SACRAMENTO:

Para conhecer um pouco sobre LM vou propor um diálogo fictício com Rafael Sacramento, com base em dados científicos.

Rafael assim se apresenta: “*Sou estudante do curso de Educação Física, da UEFS, atualmente no sétimo semestre. Trabalho com massagem e hidroginástica, e, componho a Coordenação de Esportes na Liga de Atletismo*”.

Questionei-o sobre os benefícios mais notórios da liberação miofascial/massagem: “*Tem o alívio de dores musculares assim bem presente logo após a uma sessão mesmo de liberação miofascial (...) relaxamento muscular que acompanha esse alívio de dores em conjunto, melhora da mobilidade, prevenção de lesões e recuperação muscular*”.

Segundo Rafael há bastante procura da LM pelos praticantes de musculação: “*Normalmente a LM ela não é restrita para atletas ou esportistas, mas é o público que mais procura esse tipo de serviço*”.

Sobre a aplicação da técnica, Rafael respondeu: “*Tanto profissionais da educação física como da fisioterapia ou outros terapeutas corporais podem aplicar LM em seus pacientes que sofrem de dores musculares crônicas, especialmente para atletas. Como toda técnica terapêutica a LM requer treinamento e conhecimento adequados para ser aplicada corretamente e não gerar mais problemas para o paciente. Aconselho aos interessados que busquem a capacitação adequada antes de utilizar a técnica em seus pacientes e alunos*”.

Por fim, Rafael fez algumas ressalvas alertando sobre pontos bastante interessantes sobre a LM: “*Eu realmente gostaria de indicar a liberação miofacial a todos (...) mas, não é todo mundo que pode fazer a liberação e nem outros tipo de massagem. Eu posso dizer que, as pessoas que tomam anticoagulante, são diabéticas, têm reumatismo, infecções na pele ou até feridas expostas e doenças autoimune não devem fazer a liberação miofascial*”.

3. CONCLUSÃO:

A massagem de uma forma geral parece ser uma intervenção interessante para a recuperação pós-séries no treinamento de força apesar de existem poucas evidências científicas que comprovam a eficiência da massagem na recuperação pós-exercício, principalmente no treinamento de força.

Para minha futura atuação, como licenciado, penso em me especializar e aplicar as técnicas de massagem, como a liberação miofascial, em praticantes de esportes utilizando a técnica não só como um relaxamento, mas também como um potencializador de desempenhos, visto que há relatos de benefícios de recuperação muscular que a LM produz.

É importante considerar que, apesar dos benefícios potenciais, ainda existem poucos estudos e pesquisas realizadas sobre o tema da LM e seus efeitos na hipertrofia muscular, sendo necessários mais pesquisas para comprovar ainda mais seus benefícios para praticantes de musculação.

REFERÊNCIAS

MARCHETTI, P. H.; GONÇALVES, M. Efeito da massagem na remoção da fadiga entre as séries do treinamento de força. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 5, p. 35- 38, 2006.

OSTHEIMER, L. Liberação miofascial: benefícios antes e após o treino de hipertrofia muscular. In: **XVIII JORNADA CIENTÍFICA DOS CAMPOS GERAIS**, 18., 2020, Ponta Grossa. Anais [...]. Ponta Grossa: [s.n.], 2020.

A MUSICOTERAPIA COMO MÉTODO COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DE PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

Davi Casaes de Oliveira¹

É inegável a capacidade existente na música de moldar e manipular as emoções individuais de cada pessoa. Entende-se que a música, como um movimento artístico, tem como objetivo expressar sentimentos, através das composições, da sonoridade, instrumentos e até mesmo o batimentos por minuto (BPM).

“[...] uma emoção é induzida por uma peça musical porque o ritmo poderoso e externo da música interage com um ritmo corporal interno do ouvinte, como a frequência cardíaca” (JUSLIN, 2013).

Reconhecendo sua eficiência, entramos em uma questão: podemos utilizar a música como meio de tratamento para pessoas com problemas psicológicos?

A resposta é “SIM”. E o nome dado para o tipo de tratamento que utiliza a música para sua realização é “Musicoterapia”. Esse método é reconhecido desde o século XX, mas idealizado muito tempo antes, havendo registros bíblicos da utilização da música como método de tratamento ou até mesmo para livramento de perturbações espirituais.

A Musicoterapia é uma prática terapêutica que utiliza a música e seus elementos (ritmo, melodia, harmonia, timbre, forma, estrutura) para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, de forma a atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas dos indivíduos.

“Musicoterapia é o uso profissional da música e seus elementos como intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos com indivíduos, grupos, famílias, ou que buscam otimizar sua qualidade de vida e melhorar suas capacidades físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais e de saúde e bem-estar espiritual. A pesquisa, a prática, a educação e a formação clínica em musicoterapia baseiam-se em padrões profissionais de acordo com os contextos culturais, sociais e políticos” (WFMT, 2011)².

¹ Estudante de Educação Física da UEFS.

² Traduzido do site: <https://www.wfmt.info/about>.

Estudos demonstram que a musicoterapia pode ser eficaz na redução de sintomas de ansiedade e depressão em adultos com diagnóstico de transtornos mentais. Uma revisão sistemática publicada na Ibiapara *et al.* (2022) concluíram que a musicoterapia se apresenta como uma potencial estratégia para reduzir a ansiedade, a depressão e a síndrome do pânico, bem como para auxiliar na manutenção e recuperação da saúde mental. Além disso, auxiliam no desenvolvimento de vertentes variadas da vida de pessoas com o transtorno do espectro autista.

Levando em consideração a possibilidade de ação da música para a manipulação dos sentimentos humanos, é possível correlacionar a sua utilização na área da educação física e todas as suas ramificações. Dentro do ambiente fitness, a música age como motivador de movimento, regulador de estresse, auxiliando o foco possível estímulo de adrenalina.

Por mais difícil que pareça, a musica também pode ajudar no desenvolvimento da educação física escolar, pela sua ajuda no foco e concentração, interdisciplinaridade, alivio de stress e muitos outros atributos.

Tendo reconhecimento neurológico e estudos científicos que confirmam a eficácia da utilização da música como método de tratamento psicológico, devemos questionar o motivo pela sua falta de investimento e prática dentro das instituições de saúde pública, onde massiva parcela populacional se encontra dependente (muitas vezes em nível de carência). Um impedimento para sua utilização se dá pela falta de reconhecimento e estigmas relacionados a qualquer meio de tratamento que não se relate com drogas e medicações, enfraquecendo sua credibilidade dentro do âmbito da saúde.

E além dos efeitos sociais da música, estudos indicam que ouvir música pode reduzir a necessidade de analgésicos, inclusive opióides, após cirurgias, como foi demonstrado em um estudo que comparou o uso de morfina em pacientes que ouviram música com aqueles que não ouviram. Ou até mesmo na recuperação que visam a hipertrofia muscular.

Devemos ressaltar a importância e o comprometimento para com tal terapia, dando voz e responsabilizando profissionais na área para suas realização e execução. A música, tem um efeito relativo para cada indivíduo, podendo não adquirir o resultado espero se não tiver o acompanhamento ideal.

Entretanto, por mais que haja comprovações científicas e comprovam a eficácia da musicoterapia, é importante questionarmos e sempre mantermos as críticas voltada para os meios de conhecimento, pois é o ato de duvidar que garante a pesquisa, a seriedade e a legitimidade da área. com isso, deixo tais

A musicoterapia como método complementar no tratamento de pessoas portadoras de transtornos psicológicos
Davi Casaes de Oliveira

questões sobre tal área: como a musicoterapia age no corpo de pessoas com mais sensibilidade auditiva? a musicoterapia teria alguma objeção de consumo? como ela se relaciona com pessoa com baixa capacidade auditiva?

REFERÊNCIAS

- CORREA, I.; GUEDELHA BLASI, D. Utilização da música em busca da assistência humanizada no hospital. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 27, n. 1, p. 46-53, 2009.
- IBIAPARA, A. R. de S.; LOPES-JUNIOR, L. C.; VELOSO, L. U. P.; COSTA, A. P. C.; SILVA JÚNIOR, F. J. G. da; SALES, J. C. e S.; MONTEIRO, C. F. de S. Efeitos da musicoterapia sobre os sintomas de ansiedade e depressão em adultos com diagnóstico de transtornos mentais: revisão sistemática. **Acta Paul Enferm**, 2022.
- JUSLIN, P. N. From everyday emotions to aesthetic emotions: towards a unified theory of musical emotions. **Physics of Life Reviews**, v. 10, n. 3, p. 235–266, 2013.
- RIBAS, J. C. Música e medicina. São Paulo: EDIGRAF, 1957.

QUIROPRAXIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Everton de Jesus Santana¹

RESUMO:

Trata-se de um texto reflexivo sobre Quiropraxia enquanto uma prática integrativa e complementar à saúde que visa prevenir e tratar disfunções musculoesqueléticas, especialmente relacionadas à coluna vertebral. Sua origem remonta ao trabalho de Daniel David Palmer, influenciado pela terapia magnética. Destaca-se a importância dessa prática na sua utilização nas áreas desportivas e sua recente inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) reforçando a sua eficácia. Defendemos que a abordagem com Quiropraxia deve ser acessível à população e alinhada ao cuidado holístico e preventivo.

PALAVRAS-CHAVE: Quiropraxia; quiropraxia esportiva.

INTRODUÇÃO:

Durantes algumas aulas realizadas no semestre 2025.1 na Universidade Estadual de Feira de Santana na disciplina BIO163 – Terapias Corporais foram ressaltadas atividades de práticas integrativas, com apresentação das diversas técnicas, entre elas: medicina tradicional chinesa, Quiropraxia, Yoga, arteterapia, Shantala, etc.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade.

No Brasil, a Quiropraxia está incluída no rol PICS, pelo Ministério da Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria nº 145/2017 (BRASIL, 2017).

A Quiropraxia foi introduzida no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1922, pelo norte-americano William Fipps. Em 1975 – Dr. Marino Schuler, o primeiro quiropraxista brasileiro, forma-se no *Cleveland College of Chiropractic - KC*, retornando ao Brasil em 1981.

¹ Estudante de Educação Física da UEFS.

Segundo a Associação Brasileira de Quiropraxia – ABQ, filiada a Federação Mundial de Quiropraxia – WFC, membro da Organização Mundial da Saúde, em nenhum país do mundo a prática da quiropraxia é especialidade de outra profissão. Alguns fisioterapeutas alegam que a quiropraxia no Brasil é uma das especialidades da fisioterapia com base na Resolução 220 de maio de 2001 do Conselho Federal de Fisioterapia – COFFITO, mas não tem legalidade².

Sobre a formação em Quiropraxia, ressalta a ABQ, que a única forma de se tornar quiroprasta no Brasil e no mundo, é por meio de uma graduação, ou seja, curso de nível superior em Universidade. Quiropraxia não é o nome de uma técnica, é o nome de uma profissão, é um título obtido após uma formação universitária.

A oferta das PICS no SUS possui entre outros objetivos, a promoção da saúde, em especial, com o foco na coluna vertebral, além de promover o equilíbrio e o bem-estar geral do indivíduo, atuando de forma complementar no controle da dor.

Assim como todas as outras PICS, a Quiropraxia não substitui nenhuma intervenção ou tratamento prescrito pelos profissionais da área da saúde. Como definido, ela tem caráter integrativo, contribuindo para a melhora da qualidade de vida do usuário, bem como favorecendo o vínculo entre o terapeuta e o paciente, a livre adesão ao tratamento e a incorporação de hábitos de vida saudáveis.

Dessa forma, este trabalho busca através de um pequeno estudo reflexivo sobre a Quiropraxia, explorar seu contexto no campo da saúde integral e das vivências práticas relacionadas a essa terapia manual.

ANÁLISES E DIÁLOGOS DA QUIROPRAXIA:

A criação da Quiropraxia deve-se a Daniel David Palmer, nascido em 1845 no Canadá, um curador magnético ensinado por Paul Caster 1827-1881), conhecido terapeuta magnético muito bem-sucedido da região centro-oeste dos Estados Unidos.

A técnica surgiu nos Estados Unidos em 1895, quando Palmer a partir do toque e da sensibilidade de seus dedos localizava inflamações e pontos de dor dos seus pacientes, e aplicava energia vital no local. Ou seja, a Quiropraxia era baseada no magnetismo animal conforme Mesmer (1734-1815). Para o Mesmerismo a doença resulta do bloqueio do fluido no fluxo corporal, cujo tratamento é feito pela cura magnética que permite ao corpo voltar a funcionar com seu fluxo em harmonia.

² <https://irp-cdn.multiscreensite.com/f1ff90f1/files/uploaded/Legalidade%20da%20Quiropraxia%20-%2007%202020%20Energista%20Souto%20Maior%20ABQ%2000075.pdf>

A Quiropraxia andava junto com outras práticas de cura entre elas, a Homeopatia tanto na questão do magnetismo como no cuidado holístico e promoção da saúde das pessoas (SANTOS, 2008).

Essa arte de cura tornou-se um sucesso na época e com sua experiência acumulada, Palmer defendia que além da terapia magnética toda inflamação era causada por deslocamentos anatômicos, sendo este o princípio básico de todas as doenças.

Palmer percebeu a importância dessas práticas para fins científicos e físicos, desempenhando um papel importante para as pessoas que possuem alguma enfermidade, conforme relato encontrado no livro “*The chiropractic adjuster*”, compilação dirigida por seu filho B. J. Palmer, sobre anos de trabalho de Palmer utilizando a Terapia Magnética, que permitiu conhecer outras práticas corporais.

Conforme Neves (2016) a Quiropraxia e a Osteopatia vêm da mesma base de terapias magnéticas, sendo esta última criada pelo médico Andrew T. Still. Ambas promovem a circulação livre de energia e esse fluir obedece à leis naturais.

Com a Osteopatia o “Dr. Still acreditava que quase todas as doenças eram causadas pelos deslocamentos dos ossos, já que esses desvio os músculos automaticamente ficariam contraídos”. Ele percebeu que deixando o balanço e fazendo um movimento sutil, acontecia um alongamento entre a região do pescoço e a coluna, aliviando as dores, dessa forma, fazendo uma ótima circulação sanguínea entre a região dos nervos occipitais (NEVES, 2016).

Dessa forma, Neves (2016) aponta que “a Quiropraxia definiu-se como uma terapia manipulativa marcada polo alívio de dores dos pacientes, por meio de ajustes vertebrais, com vistas em liberar fluxo nervoso de forma natural”, (pag. 46), e para tanto, o profissional deve ter um conhecimento anatômico e fisiológico, facilitando os reparos nas articulações.

A Quiropraxia pode ser utilizada para dores agudas e desalinhamento na coluna vertebral e a Osteopatia, com diversas técnicas para tratar, aliviar e diagnosticar problemas musculares, objetiva recuperar o equilíbrio (TUA SAÚDE, 2025).

A Quiropraxia apresenta os seguintes benefícios: controle da pressão arterial; trata diferentes dores como: Lombar/ciática, no pescoço e nas costas; reduz uso de medicamentos; melhora a digestão; ajuda tratar a depressão; trata dores de cabeça/ enxaqueca; reduz inflamação; fortalece o sistema imunológico; proporciona o melhor sono; melhora a energia e vitalidade etc.” (MEU RETIRO, 2025).

Algumas vivências práticas relacionadas a Quiropraxia são relatadas por diversos autores, entre elas, destaca-se o relaxamento em um colchão combinado com técnicas de respiração, movimentos de alongamento lateral da lombar e o relaxamento de soltura na região do pescoço. Essas práticas proporcionaram uma experiência única, marcada pela sensação de alívio e bem-estar.

Ao iniciar essas atividades, o autor relata que sentia tensão acumulada na região da nuca, resultante do desgaste diário. No entanto, após realizar os movimentos e o processo de relaxamento, ele experimentou uma notável liberação de energia pesada, como se tivesse se libertado de um peso invisível. Esse momento de autocuidado trouxe uma percepção clara da importância de buscar o equilíbrio corporal e mental, destacando como essas práticas podem transformar a maneira como lidamos com os efeitos do estresse cotidiano.

Essa vivência reforça o impacto positivo de técnicas simples de Quiropraxia, que, mesmo em poucos minutos, podem trazer um relaxamento profundo e melhorar a qualidade de vida.

Observar os benefícios proporcionados alimenta a reflexão sobre a importância de integrar momentos como este na rotina, em busca de mais leveza e bem-estar, conforme Bracher, Benedicto e Facchinato (2013, p. 179):

A manipulação provoca efeitos fisiológicos locais e sistêmicos. Entre estes, pode-se citar a diminuição de sintomas dolorosos, o aumento da amplitude de movimento, aumento do limiar de dor à pressão, diminuição da tensão muscular e da atividade elétrica da musculatura, aumento do fluxo sanguíneo periférico, diminuição da pressão sanguínea, maiores níveis plasmáticos de beta-endorfina e aumento da atividade metabólica dos neutrófilos.

Com as manobras da Quiropraxia, os níveis de beta-endorfina são aumentados ao nível tão elevado induzindo o corpo a promover efeitos analgésico, e esta liberação ajuda qualquer pessoa entrar em alívio intenso a ponto de uma resposta imunológica nível de sonolência e mudança de humor.

Ciente dos benefícios nas questões físicas, psicológicas destas práticas corporais, importante correlacionar sua influência na área desportiva. Como estudante na área de Educação Física, é notório que atletas estão sujeitos a grandes e pequenas lesões que interferem na carreira nos esportes em que atuam.

Para Gianni (2022) as lesões desportivas podem ser: “Deslocamentos e fraturas; Overtraining; Esforço excessivo; Trauma por impacto (por exemplo, placagens e quedas); Entorses (lesões nos ligamentos); Estiramentos (lesões musculares)”.

Diante do exposto, a Quiropraxia Desportiva pode ser definida como uma sub-área da Quiropraxia que foca na aquisição de desempenho atlético máximo e no gerenciamento (reabilitação e prevenção) de lesões no sistema neuro-músculo-esquelético usando ajustes e manipulações manuais para corrigir desalinhamentos, aliviar dores (costas, pescoço, cabeça) e melhorar a função corporal, sem o uso de medicamentos, visando a cura natural e bem-estar (DIAS, 2018).

Assim, a quiropraxia melhora as condições no sistema esquelético, tratando minuciosamente cada ponto do corpo e estes benefícios foram explorados durante os jogos olímpicos em 1976. Leroi Perry foi responsável por realizar essa manobras de relaxamento muscular nos atletas, beneficiando nas competições.

Para melhor compressão nas questões esportivas, um estudo feito sobre a “Eficácia do tratamento de quiropraxia em atletas de futebol com lombalgia” apresentou em sua pesquisa a eficiência da Quiropraxia em 20 futebolistas que possuíam lombalgia e sentiam dores que radiavam para os membros inferiores. Foi feita a triagem com cada um destacando os pontos de que os mesmos sentiam dores e realizadas intervenções. Os autores destacaram que após o tratamento obtiveram bons resultados e não afetaram os ritmos de treinamento dos atletas e nem foi necessário uso de medicamentos anti-inflamatórios (ALVARENGA; FACCHINATO; BRIAN, 2007).

Dessa forma, podemos concluir que as PICS especialmente a quiropraxia, podem desempenhar um papel adjuvante na promoção da saúde, prevenção de doenças e otimização do bem-estar geral.

A origem histórica e os estudos acadêmicos demonstram a eficácia dessa terapia manual no tratamento de disfunções musculoesqueléticas, e a sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) reforça a importância de abordagens terapêuticas complementares, holísticas e não medicamentosas na atenção à saúde, contribuindo para uma melhora do quadro álgico dos afetados, de forma segura, acessível e integrativa.

No caso de atletas, o reconhecimento e a valorização dessas práticas representam avanços no campo da saúde desportiva, alinhando-se às propostas de um cuidado multidisciplinar e eficaz, sendo necessário que mais estudos sejam desenvolvidos nessa área, para evidenciar ainda mais, as respostas positivas do atleta.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, B.; FACCHINATO, A. P.; BRIAN, K. L. **Revista Brasileira de Quiopraxia Brazilian Journal of Chiropractic.**, 2007.
- BRACHER, E. S. B.; BENEDICTO, C. C.; FACCHINATO, A. P. A. Quiopraxia. **Rev Med** (São Paulo), v. 92, n. 3, p. 173-182, jul.-set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics> Acesso em: 01 abril.2025.
- CONHEÇA 10 Benefícios da Quiopraxia (alguns que você nem imagina!) – **Revista Meu Retiro**, Publicado em: Abril 05, 2023. Disponível em:<https://revista.meuretiro.com.br/dicas/beneficios-da-quiopraxia/> acesso em: 01 abril. 2025[link].
- DIAS, F. H. **Comparação do tempo de reação simples antes e após ajuste quioprático em jogadores de futsal.** Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Quiopraxia, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.feevale.br/Vinculo2/000019/000019fa.pdf>.
- NEVES, S. C. **D. D. Palmer (1845-1913) e as origens da quiopraxia no século XIX.** 2016. 77 f. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.]
- Osteopatia:** o que é, para que serve, como é feita e riscos - Tua Saúde Disponível em: <https://www.tuasaude.com/osteopatia/> acesso em: 01 abril. 2025 [link]
- PALMER, D. D. **D. D. Palmer's:** Earley chiropractic writings 1896-1902. Compilator J. C. Keating Jr Davenport: Palmer College of chiropractic, s.d.
- QUIOPRAXIA desportiva: aprenda a aumentar sua performance, **revista GIANNI QUIOPRAXIA** Disponível em: <https://gianniquiopraxia.com.br/quiopraxia/quiopraxia-desportiva/>.
- SANTOS, T. P. S. D. (2008). A Quiopraxia na construção da saúde coletiva: a visão dos quiopraxistas. Disseretação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS, Ciências da Saúde. São Leopoldo, RS, 2008. Disponível em: <https://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2956/ThianaSantosSaudeColetiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

A EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ATUANDO NO CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO (CER): GRUPO TERAPÊUTICO DE MATERNIDADE ATÍPICA – DESAFIOS, POTENCIALIDADES E ESTRATÉGIAS NA CONVIVÊNCIA COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Fábia Kelly Santana Cerqueira¹

1. INTRODUÇÃO:

Quando me tornei psicóloga, munida de muita teoria e abordagens psicológicas, não poderia imaginar a complexidade dos casos que encontraria na prática, o que exigiria de mim ainda mais estudo, mas, sobretudo humanidade. Lido com vidas, meu material de trabalho são as pessoas. Enxergá-las, além de pacientes e do diagnóstico, sem sucumbir meramente ao CID, isto é, a Classificação Internacional de Doenças.

Embora o compreenda como algo importante, que direciona o tratamento, é preciso muito mais recursos, ferramentas e estratégias no que concerne ao acompanhamento psicológico. Assim como a interprofissionalidade, isto é, os olhares de outros profissionais que podem compartilhar o cuidado. Sim, nesta jornada profissional, é preciso re-inventar em todo o tempo.

E é nessa perspectiva que eu, psicóloga sanitária, venho relatar minha experiência na Atenção Especializada, após percorrer dois longos e intensos anos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, um novo desafio vem para integrar a minha formação: realizar atendimentos clínicos a crianças do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e, paralelo a isso, colaborar na condução de um grupo para mães atípicas, compreendendo os desafios oriundos da maternidade (por vezes, solo), sem rede de apoio, enfrentando solidão, sobrecarga emocional e física: uma criança que nasce e é completamente diferente da imagem idealizada criada sobre ela.

Assim, objetivando trazer reflexões e problematizações sobre o tema, contribuir para a prática dos trabalhadores das equipes de saúde da família frente aos portadores de TEA e seus familiares, com destaque para as mães atípicas, proponho este relato de experiência.

¹ Psicóloga formada pela UEFS.

A experiência de uma psicóloga na Atenção Especializada atuando no CER (Centro Especializado de Reabilitação): Grupo Terapêutico de maternidade atípica – desafios, potencialidades e estratégias na convivência com o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Fábia Kelly Santana Cerqueira

O relato de experiência indica um conhecimento particular e contextual (microanálises) a partir de impressões pessoais, estabelecendo diálogo entre teoria e prática, entre saber acadêmico e saber prático.

Tosta, Silva e Scorsolini-Comin (2016)² defendem a publicação de relatos de experiência por psicólogos. Para estes autores, o relato é uma forma de atestar o alcance das práticas profissionais em Psicologia e que a partir do que foi experienciado podem descrever uma trajetória profissional e/ou de pesquisa no contexto da realização de um estudo. Essas narrativas contribuiriam, desta forma, com o avanço da ciência psicológica.

2. ASPECTOS ÉTICOS:

Na produção deste texto utilizei memórias pessoais, meu diário de campo e estudos que empreendi a partir de plataformas e bancos de dados de domínio público e anonimizados garantindo que dados pessoais, especialmente no contexto da Resolução 466/12 e Resolução 738/2024, ambas do Conselho Nacional de Saúde, Brasil, sejam resguardados. Todas as informações de saúde foram tratadas de forma a não permitir a identificação das pessoas.

As plataformas de bases de dados utilizadas em meus estudos foram Google Acadêmico, SciELO, Scopus, Web of Science, PubMed, Lattes, OASISbr, etc., www.gov.br/mcti, <https://www.usp.br/bancodedados>, <https://www.ufmg.br/biblioteca/bases-de-dados/bases/>.

3. DESENVOLVIMENTO:

Ao gestar (e aqui faço um recorte para gravidez planejada), é comum que a mãe, em geral, crie em seu imaginário uma criança perfeita, idealizada, especialmente quando descobre o sexo, pensa em como será aquele (a) filho (a), qual o nome que dará, quais habilidades terá, com quem será parecido, e pensando mais longe, imagina como será a sua vida. Faço essa ressalva baseada nos estudos de psicologia e porque já tive a experiência de acompanhar mães em grupos de gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Primária à Saúde (APS).

Todavia, a imagem idealizada é totalmente modificada, mesmo quando a criança – dita “saudável” – apresenta algumas dificuldades no desenvolvimento

² TOSTA, L. R. O.; SILVA, T. B. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. O relato de experiência profissional e sua veiculação na ciência psicológica. *Clinica & Cultura*, v. 5, n. 2, 2016.

social e a mãe, no auge da procura por uma resposta se depara com o diagnóstico clínico: Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O TEA é um distúrbio caracterizado por alterações no desenvolvimento, com manifestações comportamentais, déficits na comunicação, interação social, padrões de comportamentos repetitivos e restritos, englobando diferentes níveis de suporte.

“Como lidar com essa criança que é diferente daquilo que imaginei? Como manejar o comportamento? O que fazer?”, perguntam-se as mães. Diante dessa dúvidas e inseguranças, estas mulheres buscam suporte profissional para a criança, e esquecem-se de que elas também precisam de acolhimento e orientações.

Considerando que a situação de saúde integral tanto da criança como da mãe se assenta no acolhimento/encaminhamento dos profissionais, o cuidado e a assistência prestada por nós psicólogos, é fundamental para todo o processo.

Passados os primeiros momentos angustiantes imediatos que se seguem ao receber o diagnóstico de seu filho, e já no serviço de saúde, a mãe confia a assistência profissional da criança.

Na APS de um município de pequeno porte no interior da Bahia, conheci mães atípicas, mulheres determinadas para lutar por direitos, para além da garantia do atendimento que é válida e necessária, mas elas querem mais: desejam inclusão e acompanhamento adequado para seus filhos, sobretudo, no ambiente escolar; desejam mais vagas de atendimentos, uma vez que o tratamento é multiprofissional; desejam que as crianças sejam vistas como crianças, para mais do que um diagnóstico do TEA; que sejam respeitados em suas particularidades.

As crianças do TEA não podem ser vistas nos estereótipos nem tampouco de forma rotulada, embora o TEA tenha um conjunto de sinais e sintomas pré-estabelecidos que requerem olhares profissionais especiais. O que vivenciei e aprendi na prática é que a abordagem tanto em saúde como educação para crianças com TEA é bem complexa que requer cuidados individualizados para garantir o desenvolvimento máximo de cada criança, que são diferentes, cada uma apresenta especificidades.

Além do diagnóstico, são crianças em suas singularidades, com lares, arranjos familiares, hábitos sociais e culturais, que refletem diversidade. E por isso o tratamento também deve seguir uma lógica individualizada, onde a interação família-profissionais se mostra fundamental.

A experiência de uma psicóloga na Atenção Especializada atuando no CER (Centro Especializado de Reabilitação): Grupo Terapêutico de maternidade atípica – desafios, potencialidades e estratégias na convivência com o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Fábia Kelly Santana Cerqueira

O cuidado em saúde com as crianças atípicas, diagnosticadas com TEA, TDAH ou paralisia cerebral, impõe desafios adicionais às mães, sobrecarga emocional e financeira, isolamento social e dificuldades de acesso aos recursos terapêuticos.

Daí emerge um desafio para mim, enquanto profissional na oferta da assistência psicológica integral e contínua baseada no bem-estar para a criança e sua família, e junto à equipe multiprofissional, identificar situações de vulnerabilidade emocional, alicerçando um trato humanizado.

Por isso, acredito que vou construindo as estratégias coletivamente – costurando possibilidades, equilibrando as necessidades individuais, criando recursos para as sessões, em especial, com o auxílio das mães, nas trocas que realizamos no Grupo Terapêutico Maternidade Atípica.

Os encontros tiveram início no Centro de Atenção Psicossocial do município, passando posteriormente para a Academia de Saúde, organizado pela coordenação do CER (Centro Especializado em Reabilitação), com anuência da Secretaria de Saúde. O CER é administrado por uma mulher-mãe também atípica, o que é uma grande potencialidade, favorecendo o entendimento das necessidades.

O mapeamento original, ou seja, a busca ativa feita com articulação intersetorial, contabilizou mais de 100 mães neste município em estudo. Como critérios de inclusão, observou-se que poderiam ser mães e/ou responsáveis por crianças atípicas, residentes no município e interesse voluntário em participar.

Os encontros neste espaço grupal potente e transformador acontecem uma vez no mês. Nestes momentos, a metodologia/condução ocorre a partir de palestras, rodas de conversas, oficinas, momentos de autocuidado com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), priorizando a escuta sensível por parte dos profissionais envolvidos no CER, que objetiva reabilitação física e intelectual a partir de intervenções de diversos profissionais, como, psicólogo, psicopedagogo, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo, musicoterapeuta, entre outros.

Adicionalmente, são convidados diversos profissionais que não fazem parte da equipe “tradicional”, a exemplo do farmacêutico, a fim de promover orientações farmacêuticas em saúde.

A relação terapêutica é sempre assinalada pela confiança – base de uma relação profissional-usuário, pelo respeito e pela empatia. Mas, para além disso,

os encontros são momentos de troca entre as mães que funcionam como acolhimento: são realidades distintas que convergem em alguns pontos similares, desafios vivenciados em comum, o que amplifica essa força sinérgica revelada pelo grupo.

Nos encontros são aplicados alguns instrumentos qualitativos, tais como: estímulo a relatos orais, escritas espontâneas e dinâmicas de expressão simbólica. Todas as informações obtidas têm o intuito de identificar percepções, mudanças percebidas e sugestões para continuidade da iniciativa, que valoriza o que as mães possam se sentir valorizadas e construtoras do processo, uma vez que conhecem e vivem cotidianamente suas dificuldades e vitórias, trazem demandas pertinentes, enfatizando as temáticas eleitas para serem discutidas.

Além de ser um momento de acolhimento mútuo e fortalecimento de vínculos, os encontros do grupo representam uma luta coletiva muito significativa para estas mães, que através da mobilização social, conseguiram articular, a partir da interlocução com o poder público, mais atendimentos para os filhos, aumentando a quantidade de profissionais e, consequentemente, a oferta de serviços da equipe multiprofissional, bem como o acompanhamento regular com um médico neuropediatra.

Dessa forma, as crianças recebem os atendimentos necessários para o seu nível de suporte durante a semana, em terapias que duram em média 40min cada, e uma vez ao mês, as mães tem acesso ao grupo.

O CER é um verdadeiro espaço de escuta e acolhimento, no qual ecoam sentimentos de tristeza, angústia e medo, mas há também o fortalecimento que emerge da vivência em comum, no compartilhamento, a experiência naturalmente se torna coletiva e é possível alcançar resultados, por exemplo, maior envolvimento e disponibilidade emocional nas atividades diárias das crianças, a partir dos conhecimentos adquiridos nos momentos de Educação em Saúde.

Com isso, o grupo possibilita a redução do sentimento de solidão na maternidade atípica, criando uma potente rede de apoio, o aumento da confiança no cuidado com os filhos, bem como a troca de estratégias entre os participantes, o que favorece a adaptação aos desafios cotidianos que comumente se impõem.

Outro resultado, de proporção municipal, foi a criação e consolidação pela Câmara de Vereadores, da EXPOTEA que faz parte do calendário oficial do município, uma exposição que ocorre anualmente, no qual é realizada uma mostra com materiais de arte desenvolvidos pelas crianças, uma espécie de “show de talentos”, oportunizando que sejam apresentados diversos trabalhos artísticos e musicais.

Como psicóloga que colabora na condução deste grupo, observando a exaustão física e mental destas mães, incansáveis na busca pela garantia dos direitos das crianças com TEA, em determinado encontro que conduzi, alterei um pouco desta lógica de palestras e decidi fazer um “cine debate”, no qual elas pudessem “relaxar”, e sobretudo, participar, a ideia foi criar um ambiente “escuro”, com pipoca e suco para que pudesse se aproximar de um cinema verdadeiro, ao passo que o filme teria relação com a temática que atravessa suas vidas o tempo todo: o TEA, visando conseguir a atenção e trabalhar algumas questões de angústia em relação ao futuro dos filhos.

O documentário, intitulado “*stimadus autistas*”, disponível no *Youtube*, versava sobre depoimentos de jovens/adultos, diagnosticados tardivamente e a convivência com o TEA, sobre como conseguiram superar suas dificuldades, ingressar em cursos, no mercado de trabalho, entre outras tarefas ditas inalcançáveis para este público.

Considero que foi uma estratégia muito interessante, uma vez que puderam visualizar exemplos reais de pessoas que subverteram o que era esperado para elas, e foram além, alcançando feitos que são comuns para as pessoas ditas “normais”. Essa experiência reduziu a angústia relacionada ao futuro, uma demanda percebida na maioria, por isso, a escolha assertiva e contextualizada, ao passo que semeou esperança e perspectivas de um amanhã com oportunidades e autonomia para as crianças com TEA.

4. CONCLUSÃO:

Com esse relato de experiência ressalto a importância da intervenção precoce para crianças com TEA, isto é, o diagnóstico também pode ser um aliado no tocante ao direcionamento/prognóstico, principalmente no que diz respeito às crianças que precisam de um suporte maior, que apresentam comportamento não verbal e rigidez cognitiva, por exemplo. Neste sentido, as mães são sensibilizadas no grupo a aceitarem o diagnóstico – indicador das alternativas possíveis de cuidado.

Se vista por outro ângulo, a descoberta pode ser uma aliada, favorecendo a plasticidade cerebral, isto é, a capacidade do cérebro de se adaptar e se reorganizar estrutural e funcionalmente ao longo da vida. Assim como o desenvolvimento infantil que abrange aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais, um processo complexo e progressivo que é influenciado por fatores biológicos, ambientais e experiências diversas e singulares das crianças.

Na minha prática com Psicologia, descubro crianças bem diferentes uma das outras, mesmo a classificação sendo no mesmo nível de suporte, o que reforça que embora importantíssimo o aporte teórico, ele apenas não é suficiente para abarcar a complexidade das demandas que chegam aos serviços do SUS. Algumas das crianças que conheci neste percurso possuem vínculos familiares fragilizados, escassez financeira e têm diversas necessidades, que por vezes são do âmbito social e afetivo, ultrapassando a questão do TEA.

Por esse motivo, enquanto profissional, meu dever ético e a qualidade técnica de meu trabalho devem estar alinhados com a minha postura humanizada (lido com vidas, com pessoas que por vezes, estão vivenciando situações emocionais extremamente difíceis). Afinal, este é o caminho que visualizo como possível neste cenário que é desafiador, mas muito gratificante, porque vejo a Saúde Pública de qualidade acontecendo, desta vez na Atenção Especializada: seja no cuidado individualizado com as crianças e no suporte grupal que oferto às mães.

VIVA O SUS!

HOMENS, PLANTAS E A ANCESTRALIDADE QUE OS CERCAM

Gabriel Rocha Martins¹

1. INTRODUÇÃO:

A relação do ser humano com as plantas e a experimentação com as mesmas ocorre desde as primeiras civilizações. Os motivos dessa experimentação são dos mais variados, indo desde a necessidade de alimentação até explorar o potencial curativo dessas plantas. Esse conhecimento empírico do poder de cura das plantas foi passado de geração em geração, dos mais velhos aos mais novos, de forma oral.

Quando criança, ao ficarmos doentes, escutamos as histórias contadas pelas nossas avós dos benefícios que uma simples planta pode trazer a nossa saúde. A preservação desses conhecimentos milenares sobre curas a partir de plantas, e que vem sido difundidos como conhecimento oral por gerações, resgata o patrimônio imaterial de saberes que nos foi ensinado por nossas mães, pais, avós e nos mantém em contato com a natureza e com a nossa própria ancestralidade.

Com o tempo, esse conhecimento oral empírico passou a ser estudado e compilado com um olhar científico. Neste sentido, cerca de 25% dos medicamentos atualmente disponíveis foram desenvolvidos direta ou indiretamente a partir de princípios ativos obtidos de espécies vegetais.

Nesse texto, farei uma pequena introdução à Fitoterapia, que é uma das abordagens milenares que faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Ministério da Saúde do Brasil, fazendo parte da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A abordagem feita são todas atuais e consideradas relevantes do ponto de vista das orientações dadas pelos documentos oficiais.

2. DESENVOLVIMENTO:

A Organização Mundial de Saúde defende que o saber ancestral sobre curas, transmitido de forma oral entre famílias, representa um patrimônio cultural de grande valor, e contribui para uma promoção de saúde mais humana e, consequentemente, acessível.

No Brasil, dentro da PNPIC (2006) a Fitoterapia é definida como “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que

¹ Estudante de Educação Física da UEFS.

de origem vegetal”, ocupando um relevante papel no cuidado à saúde, principalmente em um contexto da medicina integrativa brasileira.

A Fitoterapia possui um profundo vínculo com os saberes ancestrais de povos colonizados, como os indígenas e africanos que possuíam um vasto conhecimento sobre as propriedades curativas das plantas. Os saberes ancestrais desses povos foram muitas vezes ignorados e desvalorizados especialmente após o advento da Medicina Científica e seu modelo biomédico/curativista; e o desinteresse da geração mais jovem pelos “segredos da natureza”, como faziam os seus antepassados (BEGOSSI *et al.*, 2006).

Ainda assim, o saber tradicional ainda tem resistido e ganhado reconhecimento, principalmente no campo da saúde integrativa e nas políticas públicas de saúde, como uma forma legítima e eficaz de cuidado e cura.

A utilização da fitoterapia de forma consciente e respeitosa, reconhecendo a sua ancestralidade, promove a saúde de maneira integral e contribuí para a reparação histórica de injustiças contra povos tradicionais. Trata-se de uma prática que honra a ancestralidade, fortalecendo identidades coletivas que, historicamente, foram invisibilizadas (SILVA, 2020).

Evidências mostram que várias espécies de vegetais apresentam importantes propriedades farmacológicas, como ação anti-inflamatória, analgésica, anti-fúngica e antioxidante. Algumas plantas têm sido usadas também nas questões de saúde mental, como na ansiedade (modulação do receptor GABA, ligando-se aos receptores benzodiazepínicos e modulando a ansiedade), nos distúrbios de sono (aumentando os níveis do neurotransmissor Gaba, através da inibição da GABA-transaminase) e depressão (inibição da recaptação de serotonina, dopamina e noradrenalina) (LORENZI; MATOS, 2002; PANIZZA, 2010; CABSIN, 2021²).

Estudos etnobotânicos mostram que a Fitoterapia tem também um traço cultural importante na manutenção e na expressão da ancestralidade não se resumindo somente a uma aplicação medicinal, mas envolve, também, espiritualidade, rituais e um profundo respeito pela natureza, conforme Diegues (1998). O uso das plantas medicinais é guiado por narrativas, mitos, e também por uma relação simbiótica com o ambiente ao redor e a partir de distinções entre “doenças do corpo” e “doenças do espírito”, com cada um dos tipos requerendo uso de plantas e habilidades de cura diferentes (DIEGUES, 1998; SANTOS, 2000).

² <https://cabsin.org.br/evidencias-das-plantas-medicinais-para-a-saude-mental/>.

Para estes povos, a prática da fitoterapia não está ligada somente ao corpo do indivíduo mas também de sua espiritualidade refletindo, consequentemente, uma visão de mundo que busca uma maior integração entre saúde, cultura, território, crenças e cosmologias.

A Fitoterapia carrega consigo uma função socioeconômica dentro de uma medicina popular, já que com base na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a utilização de plantas cultivadas localmente possibilita a produção de medicamento com um menor custo, resistindo às inovações e promovendo o acesso a esse tipo de medicamento para todos, como coadjuvantes terapêuticos de forma aliada no processo saúde-doença, uma vez que fortalece o caráter integrativo da intervenção em saúde (BRASIL, 2006).

A cura utilizando plantas tem mantido sua importância e a confiança das populações mas precisa estar alicerçada no conhecimento e na experiência dos profissionais da saúde, especialmente, com o advento da cannabis medicinal, usada no tratamento das náuseas de pacientes submetidos a quimioterapia, em crianças e adolescentes refratários aos tratamentos convencionais de epilepsia (CFM, 2022³).

Por fim, a Fitoterapia pode e deve ser considerada como um campo de lutas uma vez que as práticas de cura utilizando plantas a partir de saberes ancestrais é uma forte alternativa à medicina científica e a indústria farmacêutica, que insistem em desvalorizar e desacreditar a fitoterapia, não recomendando/prescrevendo seu uso.

A Fitoterapia produz interação de saberes e práticas que valorizam os recursos culturais, saberes locais, a preservação das riquezas naturais e da biodiversidade locais. O incentivo ao uso de plantas medicinais/fitoterápicos/farmácias verdes pelo serviço de saúde permite que a população possa conhecer e ter acesso sobre o uso de plantas medicinais de maneira eficaz, correta e segura.

REFERÊNCIAS

- BEGOSSI, A.; HANAZAKI, N.; PERONI, N.; SILVANO, R. A. M. “Estudos de Ecologia Humana e Etnobiologia: uma revisão sobre usos e conservação”. In: ROCHA, C. F. D.; BERGALLO, H. G.; VAN SLUYS, M.; ALVES, M. A. S. (orgs.). **Biologia da Conservação: essências**. São Carlos: RiMa, 2006, pp. 537-62.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

³ <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-sobre-prescricao-do-canabidiol-cbd-como-terapeutica-medica>.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 5 abr. 2025.

DIEGUES, A. C. **O mito moderno da natureza intocada.** São Paulo: NUPAUB/USP, 1998.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. de A. **Plantas medicinais no Brasil:** nativas e exóticas. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002.

PANIZZA, S. **Fitoterapia:** vade-mécum de plantas medicinais. 7. ed. São Paulo: Instituto Brasileiro de Edições Pedagógicas, 2010.

SANTOS, F. S. D. dos. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 6 (suplemento), p. 919-939, setembro 2000.

SILVA, V. L. F. da. **Fitoterapia e ancestralidade:** saberes afro-brasileiros e indígenas em práticas de saúde. Revista Brasileira de História da Medicina, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 15–24, 2020.

MUSICOTERAPIA: QUANDO A MÚSICA FALA À ALMA

José Lucas de Almeida Santos¹

1. INTRODUÇÃO:

A musicoterapia é uma abordagem terapêutica integrativa que, vai além da buscar por melhorias físicas, emocionais, cognitivas e sociais, promove saúde e complemento para tratamento de diversas doenças. Sempre esteve presente na vida humana, seja como forma de expressão, cultura ou lazer. No entanto, ela também pode ser utilizada com fins terapêuticos por meio da musicoterapia.

Neste sentido, a música vem sendo uma das grandes ferramentas sensoriais humanas, utilizando os elementos musicais – som, ritmo, melodia e harmonia – para tratar necessidades de saúde (BRUSCIA, 2000).

Por meio da Portaria Ministerial GM nº 849, de 27 de março de 2017, Ministério da Saúde, incluiu a musicoterapia como nova prática na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Realizada por profissionais especializados chamados musicoterapeutas, que aplicam técnicas específicas para estimular mudanças positivas no paciente, a música tem um alcance multidimensional.

Baseado nestas informações, o objetivo deste estudo foi fazer uma aproximação com base em estudos científicos, sobre a importância da música como abordagem de saúde.

2. DESENVOLVIMENTO:

De acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2024), a Musicoterapia trata do uso profissional da música como uma intervenção terapêutica nos ambientes clínicos, educacionais e sociais, com o objetivo de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Através da música, é possível transformar vidas, promovendo cura, autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Importante destacar a diferença do trabalho do músico para o do musicoterapeuta (HOLISTE, 2017²):

1 Estudante de Educação Física da UEFS.

2 <https://holiste.com.br/musicoterapia-terapia-da-alma/>.

duas atuações distintas, apesar de terem em comum a utilização da música. O musicoterapeuta utiliza os elementos da música como um meio de comunicação verbal e não-verbal, ao passo que o trabalho do músico é mais voltado para execução e atuação, ou seja, a busca de uma estética perfeita, uma música clara e limpa.

As informações e evidências apresentadas em bases de dados demonstram a relevância da Musicoterapia pela oferta de:

- **Benefícios emocionais e psicológicos:** ajuda na redução da ansiedade, no controle do estresse e na expressão das emoções, promovendo equilíbrio emocional e a autoestima.
- **Benefícios físicos:** alivia dores crônicas, estimulando a coordenação motora e melhorar a percepção corporal, sendo muito utilizada em reabilitações físicas.
- **Benefícios cognitivos:** estimula funções como a memória, atenção e linguagem, onde é frequentemente usada com pacientes que têm Alzheimer, autismo ou dificuldades de aprendizagem.
- **Benefícios sociais:** favorece a comunicação e a interação social, ajudando no desenvolvimento de vínculos e nos trabalhos em grupos.
- **Benefícios educacionais:** ferramenta importante no processo de ensino-aprendizagem, especialmente para crianças com necessidades especiais como TDAH e transtornos do espectro autista.

Os benefícios podem ser vistos em vários contextos, como hospitais, escolas, clínicas e comunidades terapêuticas auxiliando no desenvolvimento de habilidades sociais, de comunicação e de regulação emocional nos pacientes.

A Saúde Mental e Emocional pela redução do estresse e da ansiedade, melhora da autoestima e do autocuidado, são pontos de destaque que acabam influenciando a qualidade de vida. Pelos dados da literatura, pode-se então considerar que o uso da Musicoterapia durante as intervenções em saúde mental apresentaram bons desfechos pelo papel fundamental na promoção do bem-estar emocional e na melhoria da qualidade de vida.

Em especial no autismo, a música pode ajudar na melhora na comunicação e interação social, redução do isolamento, desenvolvimento de habilidades sociais, melhora no desenvolvimento cognitivo e regulação emocional reduzindo o isolamento e fortalecendo as interações tanto sociais quanto familiares.

Aplicada na Educação Física, a Musicoterapia pode vir a ser uma das grandes pontes entre o movimento, afeto, aprendizado e a inclusão de todos criando ambiente seguro, motivador e acolhedor assim oferecendo benefícios que vão além da saúde física. A inserção da musicalidade nas aulas de Educação Física não beneficia apenas os alunos com necessidades específicas e sim um ambiente acolhedor para toda equipe multidisciplinar, onde todos podem se sentir incluídos experienciando novas possibilidades pedagógicas.

Ao trabalhar com a música, o professor de Educação Física estimula tanto a coordenação motora, a percepção auditiva, o ritmo e o controle corporal sendo mais do que uma estratégia pedagógica, é uma forma de valorizar a diversidade e promover a equidade no ambiente escolar, com um grande potencial para transformar a prática da Educação Física em um espaço mais inclusivo e mais sensível às necessidades dos alunos por possuir a capacidade de estimular diversas áreas do cérebro ela ajuda a criar conexões entre o corpo e a mente.

É importante destacar a necessidade de qualificação para a prática da musicoterapia, a fim de que a música não seja agente de promover agitação para movimentos desordenados sem fins terapêuticos, sobrecarga sensorial em alunos com alta sensibilidade a sons, bem como estimular a afinidade da equipe multiprofissional com toda equipe motivada a contribuir para o êxito do tratamento envolvendo musicoterapia.

REFERÊNCIAS

- BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia: uma abordagem multidimensional.** Tradução de Claudia Zanini. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA (WFMT). **Definição de musicoterapia.** 2024. Disponível em: <https://www.wfmt.info>. Acesso em: 10 jun. 2025.
- OLIVEIRA, S. dos S.; LOPES, M. M. A musicoterapia como recurso terapêutico para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão de literatura. **Revista Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, p. 198–213, 2021.
- SOUZA, L. R. de; CUNHA, M. J. R. da. A utilização da música na educação inclusiva: reflexões sobre a prática docente. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 60, p. 399–412, 2018.
- ZANINI, Claudia Rosane Fensterseifer. Musicoterapia: possibilidades terapêuticas no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 11, n. 1, p. 1–14, 2009.

MUSICOTERAPIA E SAÚDE: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS, CIENTÍFICAS E CLÍNICAS

Maria Eduarda Araújo Oliveira¹

1. INTRODUÇÃO:

A relação entre música e saúde é uma constante na história da humanidade. Desde as primeiras civilizações, o ser humano utiliza os sons como meio de expressão, comunicação e cura. Ao longo dos séculos, a música foi se consolidando como um recurso terapêutico natural, presente em rituais religiosos, práticas de cura espiritual, celebrações e até mesmo em atividades cotidianas voltadas para o bem-estar emocional e físico.

Com o avanço das ciências da saúde e das neurociências, a utilização terapêutica da música passou a ser estudada de maneira mais sistemática, culminando na consolidação da musicoterapia como uma área científica e clínica estruturada. Atualmente, a musicoterapia integra programas de saúde pública e privada em diversos países, incluindo o Brasil, sendo reconhecida como uma importante abordagem terapêutica complementar e integrativa.

2. CONTEXTO HISTÓRICO E CULTURAL DA MUSICOTERAPIA:

Historicamente, a música sempre esteve ligada ao cuidado humano. Povos antigos, como egípcios, gregos, chineses e indígenas, utilizavam a música como parte de rituais de cura, transes xamânicos, cultos religiosos e cerimônias de passagem. Platão e Aristóteles já discutiam os efeitos da música sobre o comportamento e as emoções humanas.

No século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, a prática da musicoterapia ganhou maior notoriedade, quando músicos começaram a atuar em hospitais norte-americanos, buscando amenizar o sofrimento físico e emocional dos soldados feridos. A resposta positiva dos pacientes chamou a atenção da comunidade médica e científica, incentivando o desenvolvimento de pesquisas para investigar os efeitos neurofisiológicos e psicossociais da música.

A partir da década de 1950, surgiram os primeiros cursos e associações de musicoterapia nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, a prática começou a se consolidar na década de 1970, com a criação de cursos de formação e o reconhecimento profissional do musicoterapeuta.

¹ Estudante de Educação Física da UEFS.

3. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DA MUSICOTERAPIA:

A musicoterapia é uma prática baseada em evidências, com fundamentação teórica em áreas como psicologia, neurociência, pedagogia, fisiologia e teoria musical. Estudos com neuroimagem funcional (fMRI e PET scan) demonstram que a música ativa múltiplas regiões cerebrais simultaneamente, incluindo áreas responsáveis pela emoção (sistema límbico), memória (hipocampo), linguagem (área de Broca e Wernicke) e motricidade (córtex motor).

Segundo Koelsch (2009), a música é capaz de modular respostas autonômicas, como frequência cardíaca, pressão arterial e níveis hormonais, além de induzir alterações no humor e no estado de consciência. Essas descobertas sustentam a eficácia da musicoterapia em diversos contextos clínicos.

4. APLICAÇÕES CLÍNICAS DA MUSICOTERAPIA:

4.1 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS: ATIVA E RECEPTIVA:

A musicoterapia pode ser aplicada de forma ativa ou receptiva.

- Abordagem Receptiva: Consiste na audição dirigida de músicas, cuidadosamente selecionadas pelo terapeuta, com o objetivo de estimular respostas cognitivas, emocionais ou fisiológicas específicas. É bastante utilizada para redução de ansiedade, controle da dor, reabilitação da memória (em casos de demência) e promoção do relaxamento.
- Abordagem Ativa: Envolve a participação direta do paciente na produção musical. Isso pode ocorrer através do canto, execução de instrumentos, improvisação ou composição. Essa abordagem promove a expressão emocional, desenvolvimento da autoestima, socialização e reabilitação motora. É muito utilizada em saúde mental, educação especial e reabilitação neurológica.

Segundo Bruscia (2000), a escolha entre abordagem ativa e receptiva depende do diagnóstico, dos objetivos terapêuticos e das necessidades individuais do paciente.

4.2 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E BENEFÍCIOS CLÍNICOS:

Diversas pesquisas atestam a eficácia da musicoterapia em diferentes populações e condições de saúde:

- Pacientes Oncológicos: Estudos mostram que sessões de musicoterapia reduzem níveis de estresse, ansiedade, insônia e percepção da dor (BRADT *et al.*, 2016).
- Transtornos Depressivos e de Ansiedade: A música auxilia na organização psíquica e emocional, promovendo sentimentos de esperança, enfrentamento e controle emocional (GATTI, 2014).
- Reabilitação Neurológica: Técnicas como a Estimulação Rítmica Auditiva (ERA) melhoram a marcha, equilíbrio e coordenação motora em pacientes com doença de Parkinson e indivíduos pós-AVC (THAUT *et al.*, 2007).
- Demências: Intervenções musicais podem melhorar a memória episódica, estimular a linguagem e reduzir episódios de agitação (KOELSCH, 2009).
- Cuidados Intensivos: Pacientes em ventilação mecânica apresentam redução de ansiedade e melhora de parâmetros fisiológicos com a utilização de música ao vivo ou gravada (BRADT *et al.*, 2016).

A variedade de estudos reforça o caráter multidimensional da musicoterapia, que atua simultaneamente sobre aspectos físicos, emocionais, cognitivos e sociais do paciente.

5. MUSICOTERAPIA NO SUS E POLÍTICAS PÚBLICAS:

No Brasil, a musicoterapia é reconhecida como uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2018, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa inclusão representa um avanço significativo, pois garante maior acesso da população a tratamentos humanizados e personalizados.

A adoção da musicoterapia pelo SUS reforça a importância das abordagens integrativas para a promoção de saúde integral, considerando o ser humano em sua dimensão biopsicossocial.

6. O PAPEL DO MUSICOTERAPEUTA:

O musicoterapeuta é um profissional de nível superior, com formação específica na área, preparado para planejar, aplicar e avaliar intervenções terapêuticas com base em objetivos clínicos definidos. Sua atuação exige:

- Conhecimento musical prático e teórico;
- Formação em psicologia e desenvolvimento humano;
- Noções de fisiologia, neurologia e psicopatologia;
- Capacidade de escuta empática e sensibilidade cultural.

Além de atuar em hospitais, clínicas, escolas, instituições de reabilitação e saúde mental, o musicoterapeuta também trabalha em projetos comunitários e programas de saúde pública.

O profissional desenvolve planos terapêuticos individualizados, em parceria com equipes multidisciplinares, visando à promoção da saúde, reabilitação funcional, inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A musicoterapia, enquanto prática clínica, representa uma ponte entre a arte e a ciência, entre a emoção e a razão. Sua atuação vai muito além do simples uso da música: envolve um processo terapêutico estruturado, com objetivos claros e acompanhamento contínuo dos resultados.

O reconhecimento crescente dessa prática por instituições de saúde, universidades e órgãos governamentais evidencia o potencial da música como agente de transformação na promoção do bem-estar físico, emocional e social.

Diante das evidências científicas, dos relatos clínicos e da sua inserção nas políticas públicas de saúde, a musicoterapia consolida-se como uma ferramenta essencial para a promoção de uma assistência mais humanizada, inclusiva e integral.

REFERÊNCIAS

BENENZON, R. O. **Teoria da musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1988.

BRADT, J.; DILEO, C.; POTVIN, N. Music interventions for mechanically ventilated patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS:** PNPI - acesso ampliado. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia.** Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2000.

GATTI, M. de O. **Musicoterapia e saúde mental:** práticas clínicas e saberes contemporâneos. São Paulo: Hucitec, 2014.

KOELSCH, S. A neuroscientific perspective on music therapy. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 2009.

SILVA, P. C.; GONÇALVES, M. J. Musicoterapia e suas interfaces na saúde. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 12, n. 1, 2017.

THAUT, M. H.; LEINS, A. K.; RICE, A. K.; ARGSTATTER, H.; KENYON, G. P.; MCINTOSH, G. C.; BOLAY, H. V.; FETTER, M. Rhythmic auditory stimulation improves gait more than NDT/Bobath training in near-ambulatory patients early poststroke: a single-blind, randomized trial. **Neurorehabilitation and Neural Repair**, v. 21, n. 5, p. 455-459, 2007.

A IMPORTÂNCIA DA EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM DOENÇAS, TRANSTORNOS OU SÍNDROMES

Tiago Alves da Silva¹

RESUMO:

A equoterapia é uma abordagem terapêutica interdisciplinar que utiliza o cavalo como mediador no desenvolvimento biopsicossocial de crianças com deficiências físicas, cognitivas ou comportamentais. Este artigo analisa, por meio de revisão bibliográfica, a eficácia da equoterapia em crianças com paralisia cerebral, síndrome de Down, autismo, e outros transtornos. Destaca-se também o papel da Associação Bahiana de Equoterapia (ABAE) e do Esquadrão de Polícia Montada da Polícia Militar da Bahia como agentes fundamentais na promoção e execução dessa prática. Os resultados apontam benefícios significativos no equilíbrio, tônus muscular, socialização e autoestima das crianças atendidas.

PALAVRAS-CHAVE: Equoterapia, Desenvolvimento Infantil, Intervenção Terapêutica, ABAE, Polícia Montada.

1. INTRODUÇÃO:

A equoterapia é uma prática terapêutica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (1997) como um recurso terapêutico que utiliza o cavalo em uma abordagem interdisciplinar, promovendo o desenvolvimento físico, psíquico, educacional e social de indivíduos com deficiência. No Brasil, a técnica foi institucionalizada pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil) em 1989, e desde então tem se expandido significativamente, com centenas de centros espalhados pelo território nacional.

O movimento tridimensional do cavalo, semelhante à marcha humana, proporciona estímulos sensoriais, motores e emocionais que atuam diretamente na reorganização neuromuscular e no desenvolvimento cognitivo. Crianças com paralisia cerebral, síndrome de Down, transtorno do espectro autista (TEA), atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, entre outros diagnósticos, têm apresentado evoluções significativas após intervenções com equoterapia (BANCHETTI, 2010; COPETTI *et al.*, 2007).

¹ Estudante de Educação Física da UEFS.

Este artigo visa analisar os efeitos da equoterapia com base em estudos científicos brasileiros, com destaque para a atuação da Associação Bahiana de Equoterapia (ABAE) e do Esquadrão de Polícia Montada da Polícia Militar da Bahia, instituições que desenvolvem um trabalho de referência na Bahia. Abordam-se também aspectos históricos, dados atuais e perspectivas futuras dessa modalidade terapêutica.

Este trabalho, portanto, trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, baseada em revisão bibliográfica e nas observações vivenciadas por mim durante o período de trabalho no Esquadrão de Policia Montada de Salvador do qual faço parte do quadro de militares. Foram analisados, ainda, artigos publicados entre os anos de 2000 e 2024, extraídos das bases de dados Scielo, BVS, CAPES, LILACS e do Google Acadêmico, com ênfase em publicações de universidades públicas brasileiras. Também foram utilizadas informações institucionais e dados oficiais fornecidos pela ABAE e pela Polícia Militar da Bahia.

A análise de estudos revisados demonstra que a equoterapia apresenta resultados positivos em diversas dimensões do desenvolvimento infantil. Os dados apontam melhora na coordenação motora, equilíbrio postural, controle de tronco e cabeça, além de avanços na socialização, autoestima e autonomia funcional (COPETTI *et al.*, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2010; BARRETO *et al.*, 2007).

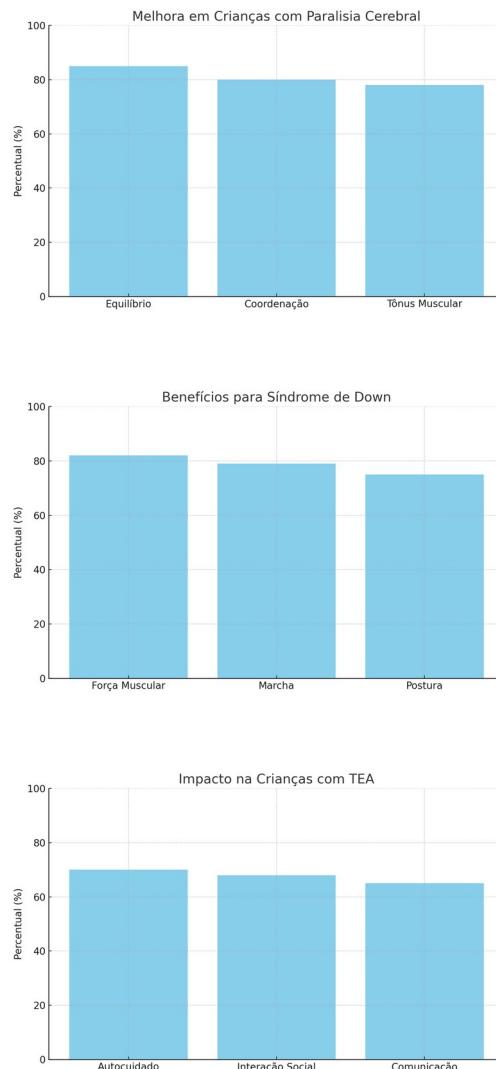
Um dos estudos mais relevantes, conduzido por Nascimento *et al.* (2010), evidenciou melhora significativa na dimensão 'sentar' da escala GMFM (*Gross Motor Function Measure*) em crianças com paralisia cerebral após 30 sessões de equoterapia. Outro estudo de Copetti *et al.* (2007) revelou alterações positivas no comportamento angular do tornozelo em crianças com síndrome de Down, refletindo em uma marcha mais eficiente. Tais avanços são atribuídos à estimulação multissensorial proporcionada pelo cavalo ao passo, que favorece a neuroplasticidade e a reorganização motora.

Diversos estudos apontam melhorias significativas em múltiplas áreas do desenvolvimento infantil após a prática contínua da equoterapia. Crianças com deficiência física, cognitiva ou comportamental demonstram progressos especialmente nas funções motoras, sociais e comunicacionais.

A figura 1, apresenta-se gráficos com dados extraídos de diferentes estudos que demonstram os principais benefícios observados após a intervenção com equoterapia:

A importância da equoterapia no tratamento de crianças com doenças, transtornos ou síndromes
Tiago Alves da Silva

Figura 1 - Os três principais benefícios observados, após intervenção com equoterapia, em crianças com: Paralisia Cerebral, Síndrome de Down e Transtornos do Espectro Autista.



FONTE: Dados coletados pelo autor com base em diversos artigos científicos.

Os dados demonstram que a área motora é a mais beneficiada, com melhora média de 85%, seguida das dimensões psicossociais (78%) e cognitivas (72%). A melhora da autonomia (66%) e da comunicação (60%) também é considerável, especialmente em crianças com transtorno do espectro autista e paralisia cerebral (COPETTI *et al.*, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Outro ponto relevante que merece destaque refere-se ao papel do cavalo como instrumento terapêutico que atua não apenas no plano físico, mas também simbólico e emocional. Estudos (BIANCHETTI, 2010) mostram que o contato com o animal estimula sentimentos de autonomia, afeto e autoconfiança, promovendo não apenas ganhos motores, mas um resgate da autoestima e da identidade da criança. A abordagem terapêutica considera o indivíduo em sua totalidade – corpo, mente e interação social – e, nesse sentido, a equoterapia transcende os limites da reabilitação física tradicional.

O movimento tridimensional do cavalo ao passo é comparável ao movimento da pelve humana durante a marcha, e essa semelhança favorece o estímulo neuromotor por meio da ativação de múltiplos sistemas sensoriais e motores simultaneamente (BIANCHETTI, 2010). A repetição rítmica e coordenada desses estímulos permite a reorganização de padrões posturais e reflexos, favorecendo a neuroplasticidade e o aprimoramento das respostas motoras. Isso se alinha aos estudos de COPETTI *et al.* (2007), que demonstraram alterações no padrão angular da marcha em crianças com Síndrome de Down.

Além dos benefícios motores, destaca-se a importância do ambiente natural e lúdico em que a equoterapia ocorre. Para muitas crianças com deficiência, esse ambiente representa uma ruptura com a rotina hospitalar ou institucionalizada, possibilitando novas formas de percepção corporal e interação social (BIANCHETTI, 2010). O vínculo estabelecido com o cavalo, um ser vivo sensível e não julgador, facilita a expressão emocional, o controle de impulsos e a ressignificação de experiências traumáticas. Isso é especialmente relevante no tratamento de crianças com transtornos do espectro autista ou histórico de internações prolongadas.

Por fim, vale destacar que a prática interdisciplinar da equoterapia favorece um plano terapêutico individualizado. Segundo Bianchetti (2010), o envolvimento simultâneo de profissionais como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos permite uma abordagem mais integrada, considerando as singularidades de cada praticante. Essa integração de saberes é o que diferencia a equoterapia de outras terapias convencionais e reforça seu potencial como ferramenta de desenvolvimento global.

A partir da análise dos estudos revisados e das contribuições adicionais da literatura (BIANCHETTI, 2010), conclui-se que a equoterapia se configura como uma prática eficaz e holística. Seus benefícios vão além do aspecto funcional motor, alcançando dimensões psicoemocionais e sociais que são fundamentais para o desenvolvimento integral da criança com deficiência. A criação de vínculos afetivos com o cavalo, a valorização do brincar como elemento terapêutico e a inserção em um ambiente natural são diferenciais que ampliam a potência dessa intervenção.

2. AÇÕES DA ASSOCIAÇÃO BAHIANA DE EQUOTERAPIA (ABAE) E DO ESQUADRÃO DE POLÍCIA MONTADA DA POLÍCIA MILITAR DA BAHIA:

Na Bahia, a Associação Bahiana de Equoterapia (ABAE) é uma das principais instituições que promovem a equoterapia de forma sistemática e com respaldo técnico-científico. Fundada em parceria com órgãos públicos e instituições de ensino, a ABAE desenvolve programas terapêuticos voltados a crianças com deficiências múltiplas, com o objetivo de promover reabilitação integral por meio do cavalo como agente terapêutico.

A ABAE adota um modelo interdisciplinar com envolvimento de fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos. O plano terapêutico é individualizado, observando-se os critérios diagnósticos, as necessidades biopsicossociais do praticante e os objetivos terapêuticos traçados em equipe. Os atendimentos ocorrem com regularidade semanal e seguem os parâmetros definidos pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil).

Outro destaque importante no estado da Bahia é o trabalho desenvolvido pelo Esquadrão de Polícia Montada da Polícia Militar da Bahia (PM-BA), que oferece suporte logístico, operacional e equino à ABAE. O esquadrão disponibiliza animais treinados, profissionais especializados em equitação e instalações apropriadas, contribuindo significativamente para o bom andamento das sessões. Além disso, essa parceria fortalece os laços entre instituições de segurança pública e ações de saúde e educação.

A atuação conjunta da ABAE e da PM-BA permite o atendimento gratuito de dezenas de crianças em situação de vulnerabilidade social e com diferentes diagnósticos clínicos. Estudos de caso e relatos institucionais demonstram que essa iniciativa tem gerado impacto positivo não apenas no desenvolvimento motor e cognitivo das crianças, mas também no fortalecimento de vínculos familiares e no processo de inclusão social.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A equoterapia se consolida como uma abordagem terapêutica eficaz e humanizada no tratamento de crianças com deficiências físicas, cognitivas e comportamentais. Os dados apresentados neste artigo, oriundos de pesquisas científicas e da experiência prática de instituições como a ABAE e o Esquadrão de Polícia Montada da PM-BA, demonstram ganhos significativos em múltiplas áreas do desenvolvimento infantil, especialmente nas funções motoras, cognitivas, psicossociais e comunicacionais.

Além dos benefícios clínicos, a equoterapia promove autoestima, autonomia e inclusão social, tornando-se uma intervenção de grande relevância no campo da reabilitação e da educação especial. A parceria entre entidades civis e militares, como a desenvolvida na Bahia, representa um modelo de integração institucional que deve ser replicado em outras regiões do país.

É fundamental que políticas públicas sejam ampliadas para garantir acesso gratuito e contínuo à equoterapia para populações vulneráveis. Recomenda-se, ainda, o fortalecimento de linhas de pesquisa em universidades públicas e a formação continuada de profissionais especializados, de modo a consolidar a equoterapia como uma prática baseada em evidências e com respaldo técnico-científico.

REFERÊNCIAS

- ANDE-BRASIL. **Fundamentos Básicos da Equoterapia no Brasil.** Brasília: Associação Nacional de Equoterapia, 2009.
- BARRETO, F.; GOMES, G.; SEIXAS da SILVA, I. A.; MARQUES GOMES, A. L.. Proposta de um programa multidisciplinar para portador de Síndrome de Down, através de atividades da equoterapia. **Fitness & Performance Journal**, v.6, n.2, p.82-88, mar./abr. 2007.
- BIANCHETTI, R. **A contribuição da equoterapia para o desenvolvimento de crianças com necessidades especiais.** 2010. Monografia (Especialização) – UFMG, Belo Horizonte, 2010.
- COPETTI, F.; MOTA, C. B.; GRAUP, S.; MENEZES, K. M.; VENTURINI, E. B. Comportamento angular do andar de crianças com síndrome de Down após intervenção com equoterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.6, p.503-507, 2007.
- NASCIMENTO, M. V. M. do; CARVALHO, I. da S. de; ARAUJO, R. de C. de S. de; SILVA, I. L. e; CARDOSO, F. O.; BERESFORD, H. O valor da equoterapia voltada para tratamento de crianças com paralisia cerebral quadripléjica. **Brazilian Journal of Biomotricity**, v.4, n.1, p.48-56, 2010.

ARTETERAPIA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA INTERFACE COM A PSICOLOGIA COM BASE HUMANISTA

Thiago Oliveira da Silva Gonzaga¹

1. INTRODUÇÃO:

A busca por abordagens terapêuticas que integrem corpo, mente e espírito vem ganhando espaço nas práticas de promoção da saúde nas últimas décadas. Nesse contexto, a Arteterapia desporta como uma prática que utiliza a expressão artística como recurso terapêutico, proporcionando autoconhecimento, reestruturação emocional e qualidade de vida. Reconhecida como Prática Integrativa e Complementar (PIC) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Arteterapia destaca-se por sua capacidade de mobilizar recursos internos e favorecer a ressignificação de experiências.

Paralelamente, a temática do Projeto de Vida torna-se relevante no campo educacional e psicológico, especialmente no que tange à formação identitária e ao desenvolvimento de perspectivas de futuro entre jovens e adultos. A articulação entre processos criativos e a construção do Projeto de Vida revela-se fundamental para a constituição subjetiva e social dos indivíduos, permitindo a integração de seus anseios, valores e propósitos existenciais.

Este trabalho tem como objetivo analisar a Arteterapia sob a perspectiva histórico-cultural, considerando suas bases teóricas, históricas e clínicas, sua incorporação nas políticas públicas de saúde, e suas interações com o conceito de Projeto de Vida. Pretende-se demonstrar como a prática artística, em suas múltiplas linguagens, pode fomentar a construção do sentido da vida e promover o desenvolvimento humano integral, em consonância com a compreensão biopsicossocial e histórica do sujeito.

2. ARTETERAPIA – DEFINIÇÃO E CONTEXTO HISTÓRICO:

A arteterapia é definida como um método terapêutico que utiliza diversas formas de expressão artística para finalidades de promoção da saúde e bem-estar. A prática situa-se como uma área de atuação profissional na saúde (psicologia, enfermagem, fisioterapia etc.), que utiliza a atividade criativa como instrumento de intervenção para promover a saúde mental, o desenvolvimento pessoal e a qualidade de vida, abrangendo linguagens como artes visuais, música,

¹ Estudante de Psicologia da UEFS.

dança, literatura, poesia, teatro e outras formas expressivas. Em suma, na arteterapia o fazer artístico deixa de ter caráter meramente estético, passando a constituir uma mediação no processo de autoconhecimento e ressignificação do sujeito na sua relação com o mundo.

Historicamente, a arteterapia moderna emergiu a partir de meados do século XX. Nos Estados Unidos, a educadora Margaret Naumburg (1890–1983) é considerada uma das fundadoras do campo, tendo sistematizado métodos psicoterapêuticos baseados na livre expressão criativa a partir de 1941. Naumburg desenvolveu a “arteterapia de orientação dinâmica” fundamentada na teoria psicanalítica, visando facilitar a projeção de conflitos inconscientes em representações pictóricas. No Reino Unido, paralelamente, o artista Adrian Hill cunhou o termo “art therapy” em 1942 durante seu tratamento hospitalar. Desde então, o uso terapêutico da arte expandiu-se internacionalmente, ganhando diferentes abordagens teóricas (psicanalítica, junguiana, gestáltica, humanista, cognitiva etc.) a partir das décadas de 1960–1980.

No Brasil, a arteterapia histórica remonta às primeiras décadas do século XX, estreitamente vinculada à psiquiatria e influenciada por correntes psicanalíticas e junguianas. Dois nomes pioneiros merecem destaque: o psiquiatra Osório César (1895–1979) e a psiquiatra Nise da Silveira (1905–1999). Osório César trabalhou no Hospital Psiquiátrico do Juqueri (SP) desde os anos 1920, promovendo a Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri e publicando em 1929 A Expressão Artística nos Alienados, obra na qual analisa simbolismos sexuais em obras de pacientes psicóticos. Sua contribuição foi considerada um exemplo inicial de leitura freudiana da arte no Brasil, auxiliando na reconceptualização dos doentes mentais não como irreversíveis, mas sujeitos com potencial de recuperação pela expressão criativa.

Nise da Silveira, por sua vez, atuava no Centro Psiquiátrico D. Pedro II (Rio de Janeiro) e introduziu o uso terapêutico da arte para pacientes esquizofrênicos a partir de 1946. Ela fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, em que exibiu os trabalhos artísticos dos pacientes, criando “um novo campo de sentidos” que estabeleceu uma ponte entre o hospício e o mundo das imagens. Nise adotou principalmente os princípios da psicologia analítica de Jung, ressaltando que a atividade criadora permitia aos pacientes moldar seu tumulto emocional e transformá-lo através da expressão artística. Ambos Osório e Nise contrapuseram-se aos métodos agressivos vigentes (isolamento, eletrochoques) e apontaram que a arte poderia recuperar o indivíduo para a comunidade de modo mais humano e efetivo. Esses precursores representam a possibilidade de expressão da loucura e de sua eventual cura através da arte.

Entre 1920 e 1930, já se reconhecia no exterior que as teorias de Freud e Jung forneciam os pilares iniciais para a arteterapia: Freud enfatizava a arte como expressão de pulsões e fantasias inconscientes, enquanto Jung via a criatividade artística como uma função psíquica natural e estruturante. Jung, notadamente, considerava a criatividade “uma função psíquica natural”, capaz de organizar os conteúdos inconscientes em imagens e símbolos com potencial transformador e curativo. Para ele, o desenho livre facilitava a interação verbal no processo terapêutico e demonstrava o caminho pelo qual o homem se tornava “o artista de sua própria vida” ao dar forma aos seus conflitos internos. Dessa forma, a teoria analítica junguiana forneceu bases conceituais importantes para a arteterapia: a crença na força integrada da arte para acessar o inconsciente (através de mandalas, mitos, imagens arquetípicas etc.) e promover individuação. Com o passar do tempo, a arteterapia incorporou também elementos da abordagem gestáltica, de abordagens humanistas como a terapia centrada na pessoa de Carl Rogers, e de abordagens cognitivas e neuropsicoterapêuticas, formando um campo plural. Contudo, mesmo diante das diferentes molduras teóricas, verifica-se que a arteterapia perpassa sempre uma concepção estética do humano, visto como um ser criativo. Todos concordam que a arte facilita o autoconhecimento e pode empoderar o sujeito a ser autor de sua história, bem como contribuir para o desenvolvimento pessoal e saúde mental.

3. ARTETERAPIA NO SUS E NA PNPIC:

Nas últimas décadas, a arteterapia conquistou reconhecimento institucional no Brasil. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, oficializada em 2006 pela Portaria Nº 971/2006, vem ampliando gradualmente o rol de práticas integrativas oferecidas nas redes de saúde públicas. Em especial, destaca-se a inclusão formal da arteterapia no PNPIC. Por meio da Portaria nº 145/GM/MS, de 13 de janeiro de 2017, publicada em 20 de janeiro de 2017, o Ministério da Saúde incorporou a sessão de arteterapia ao catálogo de procedimentos do SUS. Pouco depois, a Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, consolidou essa ampliação, incluindo a arteterapia – juntamente com outras práticas como musicoterapia, reiki, naturopatia, yoga – no rol das PICS reconhecidas oficialmente. Mais adiante, em 2018, outras portarias ampliaram ainda mais as PICS, mas a arteterapia já havia sido incorporada ao SUS. Na prática, isso significa que pacientes do SUS passaram a ter direito a atendimento em arteterapia em serviços públicos credenciados, dentro de programas de atenção básica ou especializada.

Essa inserção recente da arteterapia na política pública brasileira ressalta seu crescente reconhecimento como recurso terapêutico válido. Estudos apontam que, entre 2017 e 2018, houve ampliação do rol de sistemas complexos e recursos terapêuticos reconhecidos, com possibilidade de oferta no SUS: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, entre outros. Essa inclusão foi comemorada como um avanço para a integralidade do cuidado e a democratização de opções terapêuticas. No entanto, pesquisas recentes observam que persistem desafios na implementação, tais como a formação de profissionais adequados e a infraestrutura para garantir acesso, além de resistências oriundas de setores alinhados à medicina convencional. De todo modo, a presença da arteterapia no SUS já altera positivamente as possibilidades de cuidado: amplia a gama de abordagens psicossociais e contribui para um modelo de atenção mais holístico e centrado no sujeito.

4. ARTETERAPIA NA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA:

A atuação da arteterapia na saúde mental comunitária tem se destacado como uma prática sensível e potente para o cuidado psicossocial. Inserida em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de saúde da família, instituições culturais, escolas, centros de juventude e ONGs, a arteterapia oferece um espaço de escuta, expressão e reconstrução de narrativas de vida, especialmente para sujeitos em sofrimento psíquico, situações de vulnerabilidade ou processos de exclusão social.

Nesses contextos, o foco da arteterapia desloca-se da lógica exclusivamente individual para uma abordagem coletiva, promovendo encontros, afetos e vínculos. As oficinas arteterapêuticas permitem o compartilhamento de vivências e a produção simbólica coletiva, valorizando os saberes populares e a cultura local. O processo criativo, ao ser acolhido e legitimado no espaço público, contribui para o fortalecimento da cidadania e da autonomia subjetiva.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial, a arteterapia atua como aliada de práticas clínicas que não se restringem ao diagnóstico ou à medicalização, mas que buscam escutar o sujeito em sua complexidade. A criação artística torna-se um canal de expressão de dores, histórias e desejos que muitas vezes não encontram lugar na linguagem verbal tradicional. Além disso, ao possibilitar a construção de novos sentidos e imagens sobre si e o mundo, a arteterapia favorece processos de subjetivação e reinserção social.

Exemplos práticos incluem oficinas de colagem para mulheres vítimas de violência em unidades de saúde; rodas de poesia com adolescentes em situação de vulnerabilidade; grupos de pintura expressiva com usuários de CAPS; teatro espontâneo em comunidades periféricas; entre outros. Tais intervenções apontam para a arte como ferramenta de reconstrução de trajetórias de vida e de fortalecimento da saúde coletiva.

Ainda que haja desafios – como escassez de profissionais formados, falta de infraestrutura e resistência de setores biomédicos –, a arteterapia na saúde mental comunitária revela-se uma estratégia potente para transformar o cuidado em algo mais humano, horizontal e criativo.

5. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E O “PROJETO DE VIDA”:

Uma das finalidades centrais da arteterapia é promover o autoconhecimento e a elaboração pessoal. Nesse sentido, muitos autores relacionam a arteterapia a conceitos de crescimento pessoal ou projeto de vida. Psicólogos humanistas, como Abraham Maslow (1908–1970), já haviam destacado a criatividade como expressão da autorrealização. Maslow apresentou, em 1943 e 1954, sua teoria da motivação humana baseada numa hierarquia de necessidades, culminando na realização do potencial criativo do indivíduo. Em sua visão, indivíduos plenamente realizados manifestam criatividade, espontaneidade e uma visão geral positiva da vida. Podemos dizer que a arteterapia estimula a pessoa a explorar seus valores e metas internas, contribuindo para a construção de um “projeto de vida” que dê sentido às ações cotidianas.

Da mesma forma, Carl Rogers (1902–1987), criador da abordagem centrada na pessoa, enfatizou o papel do terapeuta em apoiar um ambiente empático e de aceitação incondicional. Rogers defendia que, nesse contexto, o indivíduo encontra a confiança para explorar internamente suas emoções e criatividade, avançando no caminho de se tornar o autor de sua própria história. Na arteterapia de linha rogeriana, por exemplo, o terapeuta promove um clima psicológico seguro em que o paciente possa expressar-se livremente por meio da arte. Assim, a arte torna-se veículo de comunicação interna e, ao ser acolhida pelo terapeuta, fortalece a autoimagem e a clareza pessoal – aspectos essenciais para que o sujeito projete seus objetivos futuros.

Na prática clínica, trabalhar projeto de vida muitas vezes significa usar o processo artístico para que o sujeito integre diferentes aspectos de si: suas

expectativas, angústias, desejos e ideias de futuro. Por meio de metáforas visuais ou narrativas artísticas (como desenhar seu futuro ideal, pintar símbolos que representem objetivos pessoais, dramatizar papéis possíveis, entre outros), a pessoa acessa simbolicamente o que antes era não-dizível. Este processo artístico permite reorganizar percepções e abrir novas possibilidades de sentido. Vários relatos de arteterapeutas indicam que, durante grupos de arteterapia, participantes muitas vezes dizem ganhar clareza sobre seus projetos de vida ao dar forma plástica a seus anseios. Embora não exista um único manual de Projeto de Vida na literatura, entende-se que a arteterapia se correlaciona com dimensões de orientação de vida, planejamento existencial e busca de significado – todos alinhados à psicologia humanística e existencial.

Em termos de teoria, podemos associar esse trabalho à logoterapia de Viktor Frankl (1905–1997), que defende a busca de sentido como motivação fundamental do ser humano. Frankl ensinava que, mesmo em contextos adversos, a pessoa pode encontrar propósito em sua vida. A arteterapia pode funcionar como um condutor dos fios do sentido da vida, proporcionando experiências de criação que conectam a pessoa com valores pessoais profundos. Cabe ressaltar que conceitos como o Logoarte eventualmente citados em contextos de arteterapia (misturando logo = sentido e arte) não possuem base acadêmica consolidada e devem ser vistos com cautela. Em vez disso, é mais adequado referir-se diretamente à logoterapia e aos princípios de Frankl, mantendo rigor conceitual.

6. PERSPECTIVA HOLÍSTICA E CONSTITUIÇÃO HUMANA:

A arteterapia insere-se numa visão integral do ser humano, ressaltando a fusão entre aspectos emocionais, cognitivos, sociais e corporais. Sob esta ótica, fala-se frequentemente em “constituição humana” ou natureza integral do indivíduo: ideia de que a pessoa é formada por múltiplos níveis (biológico, psicológico, espiritual) interdependentes. Embora conceitos como os propostos pela medicina antroposófica de Rudolf Steiner – que descrevem o ser humano em corpos físico, etérico, astral e ego – apareçam em certos contextos de terapias complementares, eles não são parte obrigatória do arcabouço da arteterapia científica. No entanto, a noção genérica de “humanidade integral” embasa a prática: a arte envolve corpo e mente simultaneamente, integrando sentidos, emoções e pensamentos.

Autores de abordagens mais holísticas sugerem que a arteterapia respeita os ritmos naturais do indivíduo e atua de modo abrangente. Por exemplo, Margarethe Hauschka – seguidora de Steiner – salientava que as atividades

corporais rítmicas na terapia deveriam basear-se no “conhecimento profundo da constituição humana” para restaurar o equilíbrio perdido. Ainda que a maior parte da arteterapia ocorra pelo fazer criativo (pintura, escultura, música etc.), muitos arteterapeutas contemporâneos reconhecem elementos corporais importantes: o movimento (no caso de dança ou dramatização), as sensações táteis (ao modelar ou pintar) e até o ritmo respiratório induzido pela criação. Deste modo, a prática aborda o sujeito de forma integral – alinhada, em princípio, ao conceito de saúde psicossomática e à ênfase em ressignificar corporalmente o psiquismo. A concepção de arteterapia como intervenção que respeita a pessoa como um todo está em consonância com modelos biomédicos expandidos que adotam a biopsicossocialidade. Assim, mesmo sem recorrer explicitamente a termos esotéricos, os profissionais usualmente consideram a arteterapia eficaz para restaurar a harmonia interna (mental e física) e promover a constituição humana saudável.

7. CONCLUSÕES:

Em suma, a arteterapia é uma abordagem multidisciplinar com raízes em diversas correntes psicológicas (psicanálise, junguiana, humanista, gestalt etc.) que visa utilizar a arte como veículo terapêutico. O campo tem trajetória reconhecida internacionalmente desde meados do século XX e, no Brasil, suas primeiras sementes estão ligadas ao trabalho de psicólogos e psiquiatras pioneiros no século passado. Ao combinar livre expressão criativa e relacionamento profissional, a arteterapia permite acessar conteúdos subjetivos profundos e reorganizá-los de forma simbólica – propiciando cura, autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Nesse processo, conceitos de projeto de vida e busca de significado ganham destaque, alinhados às ideias de autorrealização humanas de Maslow e à ênfase de Rogers na autenticidade pessoal.

O reconhecimento oficial pelo SUS (PNPIC) atesta o valor da arteterapia como prática integrativa na promoção de saúde mental e qualidade de vida. Resta, porém, investir em pesquisas e formação para consolidar evidências de eficácia, padronizar métodos e ampliar o acesso público. Em última análise, a arteterapia cresce como uma proposta de cuidado que valoriza a criatividade inerente ao ser humano, considerando-o de modo holístico – o que reforça sua relevância social e coesão com uma visão contemporânea de saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 145, de 13 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a inclusão de procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seç. 1, p. 20, 20 jan. 2017. Disponível em: [link]. Acesso em: 15 abr. 2025.

CASANOVA dos REIS, A. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 142–157, 2014. DOI: 10.1590/S1414-98932014000100011.

JUNG, C. G. **Psychological Types**. 1921. Princeton: Princeton University Press, 1971.

MASLOW, A. H. **Motivation and Personality**. New York: Harper & Row, 1954.

MOÇARZEL, R. C. S.; COELHO, C. G. (Orgs.). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**: conceitos, históricos, aplicações e formações vol. I. Vassouras: Editora da Universidade de Vassouras, 2023.

ROGERS, C. R. **Client-Centered Therapy**: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin, 1951.

SciELO Brazil – Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo.

SILVA, G. K. F. da; SOUSA, I. M. D. de; CABRAL, M. E. G. da; BEZERRA, A. F. B.; GUIMARÃES, M. B. L. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300110, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300110.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS: AROMATERAPIA

Agenilva França Santos¹



PARTE I:

O que é:

A aromaterapia é um sistema terapêutico que utiliza óleos essenciais de plantas para tratar condições físicas e psicológicas. A prática, embora milenar, foi reconhecida pelas ciências da saúde no século 20. O termo “*aromathérapie*” foi cunhado pelo químico francês René Maurice Gattefossé em 1928, após observar o poder curativo do óleo de lavanda em uma queimadura.

A aromaterapia foi inserida em 2018 na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Os óleos essenciais, extraídos de flores, folhas, frutos e raízes, são utilizados para tratar condições como insônia, estresse, ansiedade, dor e depressão. O aroma e as partículas liberadas pelos óleos estimulam diferentes partes do cérebro, aliviando sintomas. Além dos efeitos na mente, os óleos essenciais possuem propriedades cicatrizantes, antibacterianas, antifúngicas e antivirais.

Estudos científicos, como o Mapa de Evidências sobre a Efetividade Clínica da Aromaterapia, confirmam os benefícios da prática. A pesquisa, realizada pelo Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) e pela Bireme/Opas/OMS, identificou 77 óleos essenciais com fins terapêuticos, com destaque para a lavanda, rosa damascena, tea tree, eucalipto e alecrim. A descoberta dos receptores olfatórios por Linda Buck e Richard Alex, ganhadores do Prêmio Nobel em 2004, demonstrou como a inalação de óleos essenciais pode provocar alterações emocionais e fisiológicas associadas ao sistema límbico.

¹ Estudante de Química da UEFS.

Como se usa:

A principal e mais benéfica forma de utilizar os óleos essenciais é a inalação, no entanto, também podem ser usados de outras formas diferentes, adequando-se ao problema a tratar ou ao estilo de vida de cada pessoa:

Método de Uso Descrição

Inalação	Respirar o óleo diretamente do frasco, inspirando profundamente e segurando o ar por 2 a 3 segundos antes de expirar.
Aromatizador	Adicionar 2 ou 3 gotas do óleo escolhido no interior de um aparelho com água que cria uma nuvem de fumaça que libera o aroma por todo o cômodo.
Evaporização	Aplicar algumas gotas em bolas de algodão, compressas ou num pano limpo, permitindo que o óleo vá evaporando e liberando o seu aroma.
Sprays	Adicionar algumas gotas do óleo essencial no depósito do spray e preencher com água.
Vaporização	Colocar água fervente numa bacia e depois adicionar algumas gotas na água. Respirar a fumaça liberada, cobrindo a cabeça com uma toalha para concentrar o vapor de água. Não deve ser usada em crianças com menos de 7 anos.
Massagem	Diluir os óleos essenciais em óleos vegetais (carreadores) e aplicar na pele.
Compressas	Usar óleos essenciais em compressas quentes ou frias para aliviar dores e inflamações.
Banhos	Adicionar óleos essenciais na água do banho para relaxamento e benefícios terapêuticos.
Escalda-pés	Usar óleos essenciais em água morna para relaxamento e alívio de tensões.

O que pode ser útil para a vida pessoal:

A aromaterapia pode ser uma ferramenta poderosa para melhorar a qualidade de vida, auxiliando no tratamento de diversas condições de saúde, como:

- **Saúde Mental:** Ansiedade, depressão, estresse, agitação, irritabilidade, cansaço mental, dificuldade de concentração e falta de memória;

- **Bem-estar Físico:** Insônia, falta de energia, dor crônica, dor de cabeça, enxaqueca, dores musculares e nas articulações, reumatismo, feridas e infecções na pele, diminuição da libido, cólica menstrual, má digestão, náuseas e tonturas;
- **Sistema Imunológico:** Fortalecimento do sistema imunológico e alívio de sintomas de gripes, resfriados, sinusite, asma e bronquite;
- **Cuidados Paliativos:** Alívio de efeitos colaterais da quimioterapia.

Como se trabalha com aromaterapia:

A aromaterapia é um setor em crescimento, buscando profissionais para auxiliar no tratamento de diversos quadros clínicos e distúrbios. Embora não seja regulamentada no Brasil e não exija um nível específico de escolaridade, a formação profissional e a certificação são essenciais para atuar na área.

Como se profissionalizar:

1. **Curso profissionalizante:** Buscar cursos de capacitação com aulas teóricas e práticas, que abordem aspectos como história da aromaterapia, cultivo e extração de óleos essenciais, relações psicossomáticas, sinergias, metodologia clínica e integrativa, segurança da aplicação, marketing olfativo, entre outros. Recomenda-se cursos com carga horária de pelo menos 300 horas e afiliação a organizações profissionais como a ABRATH (Associação Brasileira de Terapeutas Holísticos);
2. **Especialização:** Aprofundar-se em técnicas e métodos específicos para enriquecer o currículo e aumentar as oportunidades profissionais;
3. **Aprendizado contínuo:** Conhecer a fundo os óleos essenciais, suas propriedades e benefícios, e manter-se atualizado sobre as inovações do setor.

Mercado de trabalho e opções de carreira:

O mercado global de óleos essenciais está em crescimento, com previsão de um aumento de cerca de 9% até 2030. O Brasil ocupa a quinta posição no ranking dos países que mais movimentam o setor. As oportunidades de atuação incluem:

- Atendimentos individuais em clínicas particulares, hospitais públicos ou consultório próprio;
- Setor de varejo de produtos da área;
- Consultoria para lojas e estabelecimentos do setor;
- Representação de vendas;
- Cursos de treinamento sobre aplicação e uso de produtos e técnicas aromaterapêuticas;
- Associação da prática aromaterapêutica com outras terapias e especialidades (fisioterapeutas, psiquiatras e psicólogos podem agregar a aromaterapia aos seus trabalhos);
- Cultivo, cuidado e venda de plantas aromáticas;
- Venda e aplicação de produtos que oferecem experiências sensoriais e de relaxamento;
- Revenda de óleos essenciais de marcas famosas.

Que mensagem podemos levar profissionalmente com essa terapia:

A aromaterapia, como prática integrativa e complementar, oferece uma abordagem holística para o bem-estar, conectando o indivíduo à natureza e promovendo equilíbrio físico, mental e emocional. Profissionalmente, ela transmite uma mensagem de cuidado, atenção personalizada e busca por soluções naturais e eficazes para a saúde e qualidade de vida. A base científica crescente e a integração em sistemas de saúde como o SUS reforçam sua credibilidade e potencial de impacto na saúde e bem-estar da população.

Como poderia ser trabalhada essa terapia para alunos do ensino médio:

A aromaterapia pode ser uma ferramenta valiosa para alunos do ensino médio, auxiliando no manejo do estresse, ansiedade, melhoria da concentração e qualidade do sono, fatores cruciais para o desempenho acadêmico e bem-estar geral. A aplicação em ambiente escolar deve ser feita com cautela, focando na educação sobre os óleos essenciais e suas propriedades, sempre com supervisão e respeitando as individualidades.

Benefícios para alunos do ensino médio:

- **Redução do estresse e ansiedade:** Óleos como lavanda e bergamota podem ajudar a acalmar o sistema nervoso, diminuindo a agitação e irritabilidade comuns na adolescência;
- **Melhora da concentração e foco:** Óleos como hortelã-pimenta, limão e alecrim podem estimular a mente, reduzir a fadiga mental e auxiliar na capacidade de concentração durante os estudos;
- **Qualidade do sono:** A insônia é um problema frequente entre adolescentes. Óleos como lavanda e camomila podem promover relaxamento e facilitar um sono reparador.

Como trabalhar com aromaterapia para alunos do ensino médio (abordagens educacionais):

1. **Palestras e workshops educativos:** Introduzir o conceito de aromaterapia, a origem dos óleos essenciais, seus benefícios e formas seguras de uso. Enfatizar que não substitui tratamentos médicos;
2. **Atividades práticas supervisionadas:** Utilizar difusores em salas de estudo, orientar a criação de *roll-ons* personalizados e ensinar a inalação direta segura;
3. **Projetos de pesquisa:** Incentivar os alunos a pesquisar sobre a química dos óleos essenciais, seus efeitos no corpo humano e a história da aromaterapia;
4. **Conscientização sobre segurança:** Educar sobre a importância da diluição, teste de alergia, não ingestão e a consulta a profissionais qualificados;
5. **Integração com outras práticas de bem-estar:** Conectar a aromaterapia a outras práticas como *mindfulness*, técnicas de respiração e alongamento.

PARTE II:

Baseado nos conceitos acima (parte I), elaborei um projeto de aula experimental teórico-prática para alunos do Educação de Jovens e Adultos (EJA) de uma escola pública. Dentro desse projeto inclui as práticas de empreendedorismo, onde, através dessa aula o aluno poderá ter uma visão de

lucro e conhecimento da química dos aromas produzidos por eles mesmos. Os saches aromáticos foram os melhores meios e produção, pois são fáceis para produzir e não causam nenhum dano ao olfato dos alunos trazendo um conhecimento básico de misturas, solubilidade e volatilidade.

Segue projeto de aula:

Aromas que Educam: uma proposta de plano de negócios estratégico para a aplicação da aromaterapia no ensino de jovens e adultos

Autora: Agenilva França Santos

Instituição: (adicone o nome da escola ou instituição)

Área: Educação / Empreendedorismo / Práticas Integrativas

Palavras-chave: Aromaterapia; EJA; Empreendedorismo; Sustentabilidade; Inclusão Educacional.

Resumo:

O presente artigo apresenta uma proposta de plano de negócios estratégico voltado à aplicação da aromaterapia como prática pedagógica em turmas da Educação de Jovens e Adultos (EJA). O projeto, intitulado “Aromas que Educam”, tem como objetivo promover o bem-estar, o aprendizado significativo e o espírito empreendedor entre os alunos, utilizando materiais de baixo custo e práticas sustentáveis. A metodologia adotada baseia-se em oficinas práticas, nas quais os estudantes produzem sachês e aromatizadores naturais, integrando conhecimentos de Química, Biologia e Educação Ambiental. A proposta evidencia o potencial da aromaterapia como ferramenta interdisciplinar, capaz de estimular a autonomia, o autocuidado e a geração de renda, fortalecendo o papel da escola como espaço de transformação social.

1. Introdução:

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) tem como missão oferecer uma formação integral, crítica e emancipadora àqueles que não tiveram acesso à educação em idade regular. Entretanto, muitos alunos enfrentam dificuldades de

permanência, motivação e integração escolar. Nesse contexto, é fundamental o uso de metodologias ativas e significativas, capazes de conectar o conhecimento científico com as experiências de vida dos educandos.

A aromaterapia, prática terapêutica baseada no uso de óleos essenciais e aromas naturais, apresenta-se como um instrumento pedagógico inovador, que pode ser utilizado tanto para promover o bem-estar emocional quanto para desenvolver atividades interdisciplinares. Além disso, essa prática favorece a educação empreendedora e sustentável, estimulando a criatividade e o protagonismo dos estudantes.

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir um plano de negócios estratégico para a aplicação da aromaterapia como prática educativa no EJA, utilizando materiais acessíveis e de baixo custo, e integrando saberes científicos, ambientais e sociais.

2. Fundamentação Teórica:

2.1 Educação de Jovens e Adultos (EJA) e metodologias inclusivas:

A EJA se fundamenta em princípios de inclusão e respeito às trajetórias individuais dos estudantes. Segundo Paulo Freire (1987), o processo educativo deve ser libertador, dialogado e vinculado à realidade concreta dos sujeitos. Nessa perspectiva, as práticas pedagógicas precisam valorizar o saber prévio dos alunos, transformando a sala de aula em espaço de construção coletiva do conhecimento.

O uso de atividades práticas e experimentais no EJA torna o aprendizado mais atrativo, promovendo autonomia e significado social. Para Saviani (2008), o ensino só é efetivo quando articula teoria e prática, relacionando o conteúdo à vivência cotidiana dos educandos.

2.2 Aromaterapia como prática integrativa e educativa

A aromaterapia utiliza substâncias extraídas de plantas, flores e ervas para promover o equilíbrio físico, mental e emocional. Entre seus principais benefícios estão a redução do estresse, o aumento da concentração e a sensação de bem-estar. De acordo com Lima (2022), as práticas integrativas e complementares podem ser utilizadas no ambiente escolar como ferramentas de promoção da saúde e da qualidade de vida.

No contexto pedagógico, a aromaterapia pode ser explorada para trabalhar conteúdos de Química (misturas, solubilidade, volatilidade), Biologia (plantas e essências naturais) e Educação Ambiental (sustentabilidade e reaproveitamento de materiais). Assim, ela se torna uma ponte entre o conhecimento científico e a prática cotidiana.

2.3 Educação empreendedora e sustentabilidade:

A educação empreendedora, segundo Dornelas (2021), busca desenvolver nos estudantes atitudes de iniciativa, criatividade e responsabilidade social. No EJA, essa abordagem é especialmente relevante, pois muitos alunos buscam alternativas de geração de renda e autonomia profissional.

O projeto “Aromas que Educam” integra esses princípios, estimulando o empreendedorismo sustentável, com a produção artesanal de aromatizadores e sachês ecológicos, utilizando materiais recicláveis e de baixo custo. Dessa forma, a proposta alia consciência ambiental, aprendizagem prática e formação cidadã.

3. Metodologia:

O presente estudo caracteriza-se como uma proposta de intervenção pedagógica com abordagem qualitativa, voltada para alunos do EJA. As etapas desenvolvidas são:

1. **Introdução teórica à aromaterapia:** apresentação dos conceitos, benefícios e princípios químicos envolvidos;
2. **Pesquisa sobre aromas e plantas:** levantamento de informações sobre propriedades e usos terapêuticos;
3. **Oficina prática:** produção de sachês e aromatizadores utilizando essências, álcool, algodão, panos e embalagens recicladas;
4. **Criação de marca e rótulos:** os alunos desenvolvem nomes e identidades visuais para os produtos;
5. **Feira escolar:** exposição e venda simbólica dos produtos, integrando a comunidade escolar.

Os materiais utilizados têm custo estimado de R\$ 60,00, mostrando a viabilidade do projeto. A avaliação ocorre de forma contínua, considerando a participação, o engajamento, a criatividade e a aplicação dos conceitos científicos.

4. Resultados Esperados e Discussão:

Com a aplicação do projeto, espera-se:

- Maior interesse e envolvimento dos alunos nas atividades escolares;
- Desenvolvimento de habilidades práticas e cognitivas;
- Compreensão de conceitos de Química e sustentabilidade;
- Fortalecimento da autoestima e do senso de pertencimento;
- Estímulo ao empreendedorismo social e sustentável;
- Melhoria no clima escolar e bem-estar coletivo.

A proposta também contribui para o letramento científico e ambiental, aproximando o aluno do conhecimento de forma contextualizada e prazerosa.

5. Conclusão:

O projeto “Aromas que Educam” demonstra que a aromaterapia pode ser uma ferramenta pedagógica inovadora, capaz de integrar ciência, saúde e empreendedorismo no contexto do EJA.

Através de um plano de negócios estratégico e sustentável, é possível transformar a sala de aula em um espaço de aprendizado significativo, promovendo o bem-estar e a inclusão.

Além de favorecer a compreensão de conteúdos científicos, a proposta valoriza o protagonismo dos alunos e estimula a construção de projetos de vida. Assim, reafirma-se que a educação deve ser transformadora, prática e humana — capaz de unir conhecimento, sensibilidade e ação social.

PARTE III:

Nessa etapa final do trabalho foi feito um apanhado melhorado de tudo que foi produzido durante a disciplina BIO161 – Saúde e Espiritualidade, onde escolhi o tema aromaterapia, uma das diversas terapias integrativas e complementares resultando no texto abaixo:

O Paradigma da Saúde Integrativa:

Corpo, Mente e Espírito:

A medicina moderna tem evoluído para um modelo que reconhece a saúde como um estado de **equilíbrio integral**, que vai além da ausência de doenças. Nesse novo paradigma, as **Terapias Integrativas e Complementares (TICS)** ganham destaque por oferecerem uma abordagem holística, tratando o indivíduo em sua totalidade: corpo, mente e espírito. A **aromaterapia** se insere nesse contexto como uma das TICS mais acessíveis e poderosas, atuando como uma ponte entre a ciência da natureza e a sabedoria ancestral da cura.

A aromaterapia é um sistema terapêutico que utiliza os óleos essenciais – a essência volátil das plantas – para promover a harmonização e o bem-estar. Sua relevância no Brasil foi formalmente reconhecida em 2018, com a inclusão na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS). Este reconhecimento oficial atesta a eficácia e a segurança da prática, posicionando-a como um recurso valioso para a saúde pública e a medicina integrativa.

Aromaterapia como Terapia Integrativa:

O termo “integrativa” é crucial. Ele significa que a aromaterapia não se propõe a substituir o tratamento convencional, mas sim a **complementá-lo**, atuando em dimensões que a medicina alopática muitas vezes não alcança, como o manejo do estresse crônico, a qualidade do sono e o equilíbrio emocional.

Ação Integrada – Da Molécula à Espiritualidade:

Os óleos essenciais são a quintessência da planta, carregando consigo não apenas moléculas químicas complexas, mas também energia vital e a informação vibracional que interagem com o organismo em múltiplos níveis:

1. **Nível Físico-Bioquímico (Ação Complementar):** A inalação das partículas aromáticas estimula diretamente o sistema límbico no cérebro, central de emoções e memória. Essa ação explica o rápido alívio de sintomas como ansiedade, insônia e dor, tornando a aromaterapia um excelente suporte para pacientes em tratamento de doenças crônicas ou em cuidados paliativos, onde atua na melhoria da qualidade de vida e na redução de efeitos colaterais;

2. **Nível Psicoemocional (Ação Integrativa):** Ao modular o humor e o estado emocional, os óleos essenciais facilitam o processo terapêutico em conjunto com a psicologia ou a psiquiatria. Eles promovem o autocuidado e a consciência corporal, elementos fundamentais para a recuperação e a manutenção da saúde mental;
3. **Nível Energético-Espirital (Ação Holística):** No contexto da espiritualidade, os óleos essenciais possuem uma frequência vibracional elevada. Eles são utilizados para interagir com o campo energético (aura) e os chakras, facilitando a meditação, aprofundando a conexão interior e promovendo a limpeza energética. Óleos como o Olíbano (Frankincense) e o Sândalo são historicamente usados em rituais sagrados para elevar a consciência e promover a paz interior;
4. **Dimensão Foco da Aromaterapia (TICS)** **Exemplos de Integração**

Física	Suporte imunológico, alívio de dor e inflamação.	Uso em conjunto com Fisioterapia, Acupuntura e Medicina Convencional.
Mental/Emocional	Redução de ansiedade, estresse e melhora do sono.	Uso complementar à Psicoterapia, Mindfulness e Yoga
Espirital	Elevação da consciência, foco na meditação, harmonização energética.	Uso em rituais de autocuidado, práticas de oração e terapias energéticas (Reiki, Florais).

Método de Uso:

Rituais de Autocuidado e Integração:

A aplicação da aromaterapia no dia a dia é um ato de **autocuidado consciente**, transformando a rotina em um ritual de bem-estar e conexão.

Método de Uso	Descrição e Aplicação na Terapia Integrativa
Inalação Direta	Ato de centramento e foco imediato. Uso Integrativo: Utilizado antes de sessões de meditação ou de outras TICS que exijam concentração e presença.
Aromatizador/Difusor	Criação de um ambiente terapêutico. Uso Integrativo: Essencial em consultórios de terapeutas holísticos e em espaços de cura para promover relaxamento e purificação energética.
Massagem	Combinação do toque terapêutico com a ação dos óleos. Uso Integrativo: Potencializa os efeitos da Massoterapia e da Drenagem Linfática, transformando o cuidado físico em um momento de conexão profunda.
Banhos Terapêuticos	Imersão e limpeza energética. Uso Integrativo: Recomendado como parte de um protocolo de desintoxicação ou para o manejo de tensões emocionais após sessões intensas de terapia.

O Profissional de TICS e a Aromaterapia:

O crescimento do mercado de TICS e o reconhecimento pelo SUS reforçam a necessidade de formação profissional qualificada. O aromaterapeuta, como profissional de saúde integrativa, deve ter uma visão holística, compreendendo a complexidade do ser humano e a interação dos óleos essenciais com outras terapias. Aromaterapia, portanto, é mais do que uma técnica; é uma filosofia de vida que nos convida a reconectar com a natureza, a cuidar de nós mesmos de forma integral e a transformar o conhecimento em uma ferramenta de cura e prosperidade, alinhada aos princípios da saúde integrativa.

ANEXO:

O Potencial Educacional e Empreendedor da Aromaterapia:

O conhecimento sobre aromaterapia possui um vasto potencial de aplicação, estendendo-se do autocuidado à educação e ao empreendedorismo social. O projeto “Aromas que Educam”, desenvolvido para a Educação de Jovens e Adultos (EJA), ilustra como essa prática pode ser uma ferramenta de **emancipação e inclusão social**.

Resumo do Projeto “Aromas que Educam” (EJA):

Este projeto pedagógico utiliza a aromaterapia como eixo interdisciplinar para promover o bem-estar, o aprendizado significativo e o espírito empreendedor em turmas do EJA. A metodologia baseia-se na produção de sachês e aromatizadores naturais, integrando conhecimentos de Química (misturas, solubilidade, volatilidade), Biologia (plantas e extração) e Educação Ambiental (sustentabilidade e baixo custo).

Mensagem Profissional e Social:

A aromaterapia, ao ser inserida em contextos educacionais e de saúde pública (como o SUS), transmite uma mensagem de **cuidado holístico, atenção personalizada e busca por soluções naturais e eficazes**. Profissionalmente, ela oferece um mercado em crescimento (com previsão de aumento de 9% até 2030), abrindo portas para carreiras em clínicas, hospitais, consultoria, varejo e, notavelmente, no empreendedorismo sustentável, permitindo que o conhecimento se transforme em autonomia e geração de renda.

Aplicações na Educação (Ensino Médio e EJA):

A prática é valiosa para alunos, auxiliando no manejo do estresse, ansiedade e melhoria da concentração.

Benefício	Óleos Essenciais Sugeridos	Aplicação Pedagógica
Redução de Estresse/Ansiedade	Lavanda, Bergamota, Camomila	Uso em difusores em salas de estudo e oficinas de roll-ons personalizados
Melhoria da Concentração/Foco	Hortelã-Pimenta, Alecrim, Limão	Inalação direta segura antes de provas ou tarefas que exijam atenção
Empreendedorismo	Todos os óleos	Criação de produtos (sachês, sprays) para venda, aplicando conceitos de plano de negócios e sustentabilidade

A aromaterapia, portanto, é mais do que uma terapia; é uma filosofia de vida que nos convida a reconectar com a natureza, a cuidar de nós mesmos de forma integral e a transformar o conhecimento em uma ferramenta de cura e prosperidade.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. **Educação de Jovens e Adultos:** Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília: MEC, 2010.
- DORNELAS, J. C. A. **Empreendedorismo:** transformando ideias em negócios. Rio de Janeiro: Campus, 2021.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- LIMA, E. R. Práticas integrativas e complementares na escola: possibilidades e desafios. *Revista Educação Contemporânea*, 2022.
- SAVIANI, D. **Escola e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2008.

VACINAS: O MOVIMENTO ANTIVACINA E O (RE)SURGIMENTO DE EPIDEMIAS

Alice Carmo Oliveira¹

1. INTRODUÇÃO:

A imunização representa um dos maiores avanços da Medicina e da Saúde Pública, sendo responsável por reduzir drasticamente a mortalidade infantil, controlar surtos epidêmicos e até erradicar doenças que, por séculos, devastaram populações inteiras. Desde a descoberta da primeira vacina, no final do século XVIII, até os dias atuais, a vacinação consolidou-se como uma das estratégias mais eficazes e econômicas para a proteção coletiva, pois atua não apenas na defesa individual contra agentes infecciosos, mas também na criação da chamada “imunidade de rebanho”.

Nesse sentido, compreender a trajetória histórica das vacinas, seus impactos na sociedade e os desafios contemporâneos que envolvem sua adesão é essencial para valorizar os esforços realizados em âmbito mundial e nacional, especialmente em países como o Brasil. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1973, e somente em 1975 foi oficialmente institucionalizado (BRASIL, 1975), ainda que, anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado somente no final da década de 80 em resposta à crescente pressão pública de sanitaristas e ativistas populares pela universalização da saúde no Brasil.

Neste contexto histórico, o PNI reforçava as atividades de vacinação após a erradicação da Varíola no país, em que o processo de contingência valeu-se, principalmente, a partir de políticas utilizando imunizantes. O Programa protagonizou a 1ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite, em 1980, dos quais esforços públicos culminaram na erradicação da doença após quase dez anos de ação sanitária. Nesta condição, observa-se que o processo de imunização e erradicação de epidemias requer tempo, esforço econômico e social, sendo imposto aos governos Federal, estaduais e municipais a responsabilidade de criação e disponibilização ampla e universal das medidas de contenção e remediação da enfermidade, mas impõe à população leiga os requisitos para êxito, os quais se baseiam, em sua maioria, na responsabilidade sanitária, com medidas de distanciamento social (para doenças de transmissão aérea) e higiene pessoal e coletiva (para doenças de transmissão por vetores).

¹ Estudante de Biologia da UEFS.

A criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) constitui um grande avanço para o setor de políticas públicas brasileiro, visto que, atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza um quadro de vacinas para mais de 20 doenças de maneira gratuita, incluindo a BCG (contra formas graves de tuberculose) e Tríplice Viral (contra sarampo, caxumba e rubéola). O programa de vacinação segue o cronograma do PNI, o Calendário Nacional de Vacinação, que baseia-se na necessidade da população quanto à dose e a idade assistida. O Programa alcançou médias superiores a 95% de cobertura vacinal para o calendário infantil.

Assim, um dos principais desafios da imunização é caracterizado pela cobertura das vacinas, que está intimamente ligada à eficácia médica do imunizante, à adesão da população ao método preventivo e à reprodutibilidade contínua ao longo das décadas. Dentre estes fatores, a adesão da população à imunização é o principal motivo da reincidência de epidemias anteriormente controladas, dado acesso massivo a notícias enganosas que descredibilizam a vacinação ao passo que divulgam informações não oficiais e científicas sobre a eficácia e colaterais do imunizante, criando-se na população um sentimento negativista acerca da administração vacinal (BELTRÃO *et al.*, 2020). Logo, o movimento antivacina, no contexto brasileiro, torna-se um desserviço à Saúde Pública, que ao longo dos anos, garantiu o acesso popular aos serviços que asseguram a dignidade social, ao passo que garante a proteção de crianças, idosos e adultos do espectro de doenças que afigem o mundo hoje.

Hoje, o Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial no que concerne a popularização, em âmbito nacional, da vacinação, pois utiliza-se de métodos midiáticos para cativação popular e controle das doenças imunopreveníveis causadas principalmente por vírus, como a Influenza (BELTRÃO *et al.*, 2020). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a vacinação preveniria ao menos meio milhão de vidas por ano caso o processo de imunização fosse realizado de maneira adequada em todo o planeta. Este fato expõe a importância da adesão popular à vacina e, no contexto pós-pandemia da Covid-19, mostra-se necessária a discussão sobre os perigos do Movimento Antivacina, seus preliminares e epílogos, que põem em risco não somente àqueles os quais não aderem à imunização, mas a população em geral, visto que o processo de erradicação de epidemias é multifatorial e depende dos esforços sociais para alcançar êxito.

Justifica-se, portanto, a relevância desta discussão diante do cenário atual, em que a circulação de informações equivocadas ameaça comprometer os avanços históricos da Saúde Pública. A análise do processo de imunização, de sua

trajetória no Brasil e dos desafios impostos pelo movimento antivacina permite compreender não apenas os aspectos biológicos e epidemiológicos envolvidos, mas também os fatores sociais, culturais e políticos que influenciam a adesão da população. Assim, estudar esse tema torna-se essencial para reforçar a importância das vacinas como ferramenta de proteção coletiva, além de subsidiar estratégias de conscientização capazes de assegurar a manutenção das conquistas sanitárias já alcançadas e prevenir retrocessos no controle de doenças imunopreveníveis.

2. VACINAS: PILARES DA PREVENÇÃO E DA SAÚDE COLETIVA

A denominação “vacina” provém do latim *vacca*, que faz analogia aos experimentos com a Varíola Bovina feitos por Edward Jenner – o formulador da primeira vacina – em 1796 (APS *et al.*, 2018). A varíola é reconhecida pela OMS como uma das doenças com maior número de óbitos e destaca-se neste processo de reconhecimento da imunização em razão de sua magnitude e esforços voltados à sua contenção em escala global. As diligências voltadas à doença contribuíram para a formulação e adoção de medidas de saúde que foram reproduzidas não somente na epidemia da varíola, mas em diversos focos de doenças infectocontagiosas através da vacinação.

As vacinas estimulam a ativação de células de defesa (linfócitos T e B) envolvidas na resposta imune adaptativa do organismo. Os抗ígenos presentes na vacina mimetizam uma infecção natural e, em uma re-exposição ao patógeno, o sistema de memória é ativado naturalmente para conter a infecção. Em consequência, os sintomas clínicos tornam-se mais brandos (CHAGAS *et al.*, 2019).

Atualmente existem diversos tipos de vacinas, sendo as principais aquelas atenuadas, inativadas e as vacinas de mRNA. As vacinas atenuadas são produzidas com microrganismos (bactérias ou vírus) vivos e enfraquecidos, sendo assim, perderam seu potencial infectante. Por outro lado, nas vacinas inativadas, os microrganismos são inativados em laboratório, assim, seus fragmentos funcionam como抗ígenos (moléculas marcadoras) na produção dos anticorpos pelos linfócitos B. Por estarem inativados, tais imunizantes não têm a capacidade de gerar a doença associada ao microrganismo. A vacina da Influenza é um exemplo comum de vacinas inativadas. Vale ressaltar que a eficácia vacinal está diretamente associada ao tipo de vacina, em que vacinas inativadas estimulam com menor intensidade o sistema imune do paciente quando comparadas às vacinas atenuadas (CHAGAS *et al.*, 2019). Em paralelo, os efeitos colaterais, isto é, a taxa de reação vacinal é maior nas vacinas atenuadas.

A discussão sobre a eficácia em paralelo com os efeitos adversos das vacinas intensificou-se com o advento da pandemia da Covid-19, em que os países dobraram os esforços para produção e distribuição de vacinas, em prol da contenção da doença. A velocidade da comercialização da vacina instigou dúvidas na população quanto sua eficácia e segurança, que, atrelado ao negacionismo científico gerado, principalmente, no âmbito digital, levou ao crescimento do movimento antivacina.

É importante destacar, que para o desenvolvimento e fabricação de imunizantes, é preciso seguir protocolos rígidos que garantem a confiabilidade do produto. Esse protocolo é dividido em quatro fases com participação de voluntários credenciados (APS *et al.*, 2018). Entretanto, pela emergência global inerente à pandemia da Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Sanitária dos Estados Unidos (FDA), além da Anvisa, aprovaram vacinas recentes, entre elas a Coronavac e Astrazeneca, vacinas brasileiras capazes de prevenir sintomatologia grave em, ao menos, 50% dos vacinados (GUIMARÃES, 2020).

Portanto, dada a burocracia do processo de desenvolvimento e distribuição de imunizantes, torna-se imprescindível a discussão sobre movimentos ideológicos multinacionais que põem em risco a garantia de confiabilidade das vacinas.

3. O MOVIMENTO ANTIVACINA: DESAFIOS NO BRASIL E NO MUNDO

O movimento antivacina, embora não seja um fenômeno recente, ganhou maior visibilidade nas últimas décadas, especialmente com a ampliação do acesso às redes sociais. Além disso, no contexto da pandemia da Covid-19 este fenômeno tornou-se massivo e uma grande arma política para o negacionismo científico. Originado, em parte, de desconfianças históricas sobre a segurança dos imunizantes, esse movimento passou a representar um sério desafio para a Saúde Pública, uma vez que compromete a adesão populacional às campanhas de vacinação e favorece a reemergência de doenças já controladas.

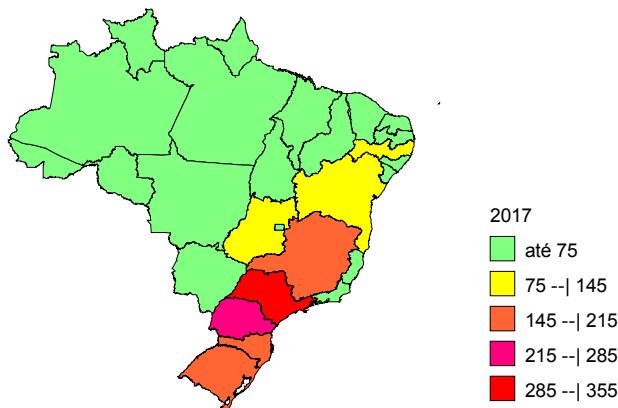
Como citada anteriormente, a “imunidade de rebanho” previne a propagação do vírus em escala que represente riscos à toda a população – incluindo pacientes de risco ou não. No Brasil, o Calendário de Vacinas do Sistema Único de Saúde (SUS) permite o estabelecimento de uma cobertura vacinal adequada (acima de 80%), em todo o território brasileiro, visto que a imunização é um direito constitucionalmente garantido. Entretanto, com a queda

na adesão da população aos imunizantes, epidemias ressurgiram e põem em risco alguns grupos de pessoas, como crianças e idosos.

Porém, apesar do sucesso no combate às doenças imunopreveníveis, a queda da cobertura vacinal vem se tornando cada vez mais preocupante, de maneira que o país vem enfrentando uma série de surtos e epidemias, a exemplo dos reaparecimentos da febre amarela no Sudeste entre dezembro de 2016 e março de 2017, com mais de 1.500 casos confirmados, e do sarampo no Norte e Nordeste em 2018, registrando 10 mil casos, combinados com as sucessivas quedas da aplicação de doses de febre amarela e tríplice viral (RAMOS *et al.*, 2023, p.218).

Esse parâmetro indica que, embora o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tenha historicamente garantido elevados índices de cobertura e controle de doenças imunopreveníveis, a redução progressiva da adesão vacinal representa um grave retrocesso na saúde pública. A ocorrência de surtos recentes de doenças imunopreveníveis, como os de febre amarela no Sudeste (2016–2017) e de sarampo no Norte e Nordeste (2018), evidencia a vulnerabilidade populacional decorrente da queda na aplicação de vacinas de rotina (RAMOS *et al.*, 2023). Além disso, a evolução recente dos casos de sarampo ilustra de forma contundente as consequências práticas dessa queda na cobertura vacinal, evidenciando como pequenas variações na adesão podem desencadear grandes oscilações epidemiológicas. Nesse sentido, as figuras gráficas a seguir, que comparam o número de registros da doença entre 2017, ano em que foram notificados apenas poucos casos, e 2019, período marcado por um surto de quase 70 mil ocorrências, reforçam visualmente a gravidade do cenário e a urgência da retomada consistente das ações de imunização.

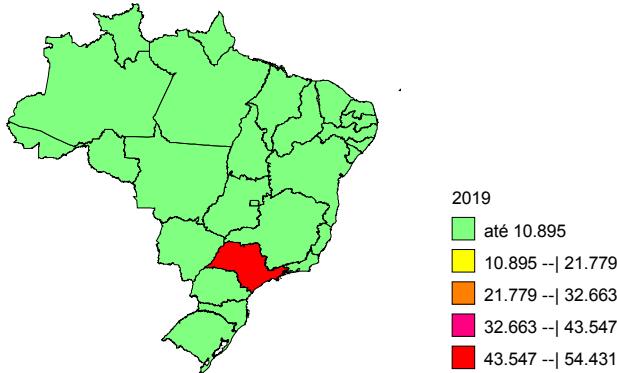
Figura 1 – Incidência de Sarampo e Rubéola, por Unidade da Federação, Brasil, 2017.



Fonte: Data SUS Tabnet; Tabwin

Vacinas: o movimento antivacina e o (re)surgimento de epidemias
Alice Carmo Oliveira

Figura 2 – Incidência de Sarampo e Rubéola, por Unidade da Federação, Brasil, 2019.



Fonte: Data SUS Tabnet; Tabwin.

O ressurgimento de casos frequentes de sarampo marca uma regressão da conquista do sistema de saúde brasileiro, visto que, desde 1992, com o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, e nas primeiras décadas do século XXI, a doença apresentava índices muito baixos. Em 2016, o Brasil recebeu o certificado de erradicação do sarampo, observa-se pela tabela 1, a diminuição considerável dos casos a partir do início do século XXI, em virtude das campanhas de vacinação da tríplice viral (SCR) da época, porém, já em 2019, o país perde a certificação pelo aumento dos registros de casos, atrelado tanto ao contágio rápido da infecção quanto à queda abrupta da cobertura vacinal (CV) (SATO *et al.*, 2023).

Figura 3 – Incidência de sarampo, por ano e Unidade da Federação, Brasil 1990-2010.

		D.1.1 Incidência de sarampo																		
		Casos confirmados por Ano segundo Unidade da Federação																		
		Período: 1990-2010																		
Unidade da Federação	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2009	2010	Total	
TOTAL	61.435	42.532	7.934	2.396	1.262	972	3.372	53.664	2.781	908	36	1	1	2	6	40	1	72	177.415	
Rondônia	165	211	48	71	35	23	7	1	22	1	-	-	-	-	-	-	-	-	600	
Acre	357	39	40	4	8	12	3	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	422	
Amazonas	1.878	800	217	104	146	43	28	60	110	54	2	-	-	-	-	-	-	-	3.442	
Roraima	27	94	27	20	23	12	4	10	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	239	
Pará	1.205	1.672	109	20	42	22	25	52	21	17	-	-	-	-	-	-	-	-	2.187	
Amapá	80	1.366	22	17	11	9	10	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.537	
Tocantins	1.200	432	17	7	4	24	23	53	56	51	5	-	-	-	-	-	-	-	2.536	
Mato Grosso	2.580	301	26	13	11	7	8	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.970	
Plaíu	1.282	156	54	4	8	7	8	161	19	6	-	-	-	-	-	-	-	-	1.705	
Ceará	2.771	4.704	393	134	87	37	125	864	29	8	-	-	-	-	-	-	-	-	9.152	
Rio Grande do Norte	1.378	617	205	42	26	13	25	112	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2.628	
Bahia	1.384	3.532	1.303	56	96	36	362	2.557	100	14	-	-	-	-	-	-	40	-	5.480	
Minas Gerais	8.100	5.100	1.028	328	97	60	79	43	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.694	
Espírito Santo	8.664	8.422	238	31	32	33	8	35	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	10.454	
Rio de Janeiro	4.577	3.777	463	307	136	126	438	2.616	305	177	1	-	-	-	-	-	-	-	12.923	
São Paulo	861	340	116	339	89	127	1.565	42.058	268	169	14	1	1	2	-	-	2	45.952		
Paraná	1.846	3.144	273	101	9	33	73	546	909	1	2	-	-	-	-	-	-	-	6.937	
Santa Catarina	816	1.477	265	8	25	30	85	491	61	25	1	-	-	2	4	-	-	-	3.290	
Rio Grande do Sul	3.901	6.519	757	449	193	190	158	733	76	13	-	-	-	-	-	-	-	8	15.997	
Mato Grosso do Sul	121	1.142	442	64	68	17	11	155	46	21	1	-	-	-	-	-	-	-	2.088	
Mato Grosso	776	2.765	177	14	14	6	21	54	19	7	-	-	-	-	-	-	-	1	3.854	
Goiás	8.229	292	83	77	21	11	101	526	69	11	-	-	-	-	-	-	-	-	9.420	
Distrito Federal	4.372	271	64	76	10	3	75	878	131	11	-	-	-	-	-	-	-	-	5.891	

Fonte: MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Segundo Sato *et al* (2023), a queda da cobertura de vacinas de rotina, principalmente infantis, estão associadas, também, à pandemia da Covid-19.

Em 2020, a CV para a primeira dose da vacina do sarampo foi de 78,9% (IC95%: 74,8-81,9), representando uma redução relativa de 7,9% (IC95%: 5,2-11,7). No Brasil, identificou-se queda progressiva da CV da tríplice viral entre 2006 e 2016, uma redução de 2,7% ao ano, além da identificação de aglomerados suscetíveis nos estados do Acre, Amazonas, Pará, Amapá e Maranhão (SATO *et al.*, 2023, pg.352).

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde apresentou a Agenda de Imunizações para 2030, em que a vacinação para o sarampo está incluída. No ano de 2022, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Ação voltado para a interrupção da transmissão do vírus do sarampo (SATO *et al.*, 2023). Indubitavelmente, a eliminação do sarampo exige compromissos nacionais (e globais), no que concerne a vigilância epidemiológica e garantia de uma imunização gratuita e universal. Ademais, a vacinação é um dos pilares para garantir um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS3), pois garante o direito à saúde e bem-estar de todos, e atualmente enfrenta muitos desafios no que diz respeito ao crescimento do negacionismo científico.

De acordo com o PNI, os determinantes da cobertura vacinal estão relacionados com a percepção enganosa dos cuidadores de que não é preciso mais vacinar, haja vista o pensamento de que as doenças desapareceram, com a desinformação sobre as vacinas e a falta de acompanhamento dos serviços de saúde da população a ser vacinada (ARROYO *et al.*, 2020, pg.2).

Tais episódios demonstram que a imunidade coletiva, essencial para conter a circulação de agentes infecciosos, tem sido frequentemente comprometida, refletindo não apenas falhas na manutenção de altas coberturas vacinais, mas também a influência da desinformação. Nesse sentido, a análise reforça a necessidade de estratégias integradas e contínuas de vigilância epidemiológica, educação em saúde e fortalecimento das políticas públicas de imunização, a fim de reverter a tendência de queda vacinal e prevenir o ressurgimento de enfermidades já controladas no país.

4. EMPREENDEDORISMO SOCIAL COMO RESPOSTA INOVADORA AO MOVIMENTO ANTIVACINA:

O empreendedorismo social ligado à saúde pública enquadra-se como uma das alternativas para o combate ao movimento antivacina nas facetas atuais. O empreendedorismo social pode preencher lacunas ao criar soluções que aumentam a confiança, acesso e informações de qualidade sobre assuntos

relevantes de saúde coletiva. Em muitos casos, o empreendedorismo é utilizado como fonte individual de capital, mas, uma nova face é dada a ele, obtendo caráter moral, social e coletivo, ao passo que produz bens e serviços em prol da saúde da comunidade.

Assim, ações de empreendimento social são capazes de promover soluções inovadoras para desafios coletivos, fortalecendo comunidades, incentivando a participação cidadã e ampliando oportunidades de inclusão social. No que concerne ao combate ao movimento antivacina, uma das faces do empreendedorismo torna-se protagonista: a comunicação.

A comunicação em saúde é um dos serviços básicos atrelados ao empreendedorismo social, responsável pela divulgação científica e tomada de decisões na Atenção Básica (MENDES; MASTELLA; FREITAS DEWES, 2022). A comunicação em Saúde Coletiva não é meramente informativa, ela tem caráter formativo, participativo e transformador, buscando promover a autonomia das pessoas na tomada de decisões relacionadas à sua própria saúde e à saúde da comunidade.

Na Atenção Básica, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a comunicação exerce papel estratégico. Ela garante que informações sobre prevenção, promoção e tratamento de doenças circulem de forma acessível e clara. Isso é essencial porque a simples disponibilização de serviços de saúde não assegura seu uso correto e efetivo – é a comunicação que conecta o saber técnico-científico aos saberes e vivências populares. Além disso, quando articulada ao empreendedorismo social, a comunicação em saúde não é vista apenas como um repasse de informações, mas como um serviço inovador que fortalece a cidadania. Ademais, ela pode se manifestar em projetos comunitários de educação em saúde e campanhas digitais.

O movimento antivacina – antes fortalecido pela popularização dos meios digitais – pode ser aplastado através de campanhas empreendedoras que aliem inovação em comunicação e estratégias de sensibilização social, promovendo informação científica acessível, combate às *fake news*, engajamento comunitário e fortalecimento da confiança nas instituições de saúde. O Governo Federal lançou em 2023 o programa “Saúde com Ciência”, iniciativa em defesa da vacinação e combate à desinformação em saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (Brasil, 2023). O programa traz, através de um arcabouço digital no próprio site do governo, diversos temas pertinentes centrados em dúvidas as quais a população brasileira frequentemente apresenta em relação à saúde, direitos sociais e políticas públicas, oferecendo informações confiáveis, acessíveis e de fácil compreensão.

Ainda no contexto da Covid-19, recentemente foi publicado pelo Ministério da Saúde o esclarecimento de que o imunizante não causa morte lenta, em razão de publicações sensacionalistas alegando que a vacina da Covid-19 causaria fadiga crônica, envelhecimento acelerado, desequilíbrios hormonais, dentre outros colaterais graves (BRASIL, 2025). Nota-se, portanto, que o sensacionalismo é uma das armas políticas mais perigosas da atualidade, no que concerne a popularização de práticas e divulgações enganosas a respeito de dados científicos.

Neste contexto, uma nova alternativa de empreendedorismo social factível para o enfrentamento do movimento antivacina consiste na criação de “Embaixadores Comunitários da Saúde”, um programa de base local que alia comunicação científica acessível, engajamento social e inovação em metodologias participativas de informação. Essa iniciativa poderia ser executada por meio de uma parceria tripartite entre universidades públicas, organizações da sociedade civil e secretarias municipais de saúde. O papel das universidades seria capacitar estudantes de cursos da área da saúde, comunicação e ciências sociais para atuarem como divulgadores científicos. As organizações da sociedade civil, por sua vez, atuariam como ponte entre os embaixadores e a comunidade, garantindo legitimidade social ao projeto. Já as secretarias de saúde seriam responsáveis por articular as ações com as unidades básicas de saúde (UBS), fornecendo suporte técnico e acompanhamento dos indicadores de impacto.

A execução prática se daria através de ciclos de oficinas comunitárias, realizadas em escolas, associações de bairro e espaços culturais, nas quais os embaixadores utilizariam linguagens múltiplas – rodas de conversa, peças de teatro popular, rádio local, murais informativos e materiais digitais em redes sociais comunitárias – para desconstruir *fake news* e apresentar informações científicas de maneira didática. Além disso, o programa incluiria a criação de um “Observatório Popular de *Fake News* em Saúde”, em que relatos da população sobre conteúdos desinformativos seriam coletados e analisados em tempo real, permitindo resposta rápida com materiais de contra-argumentação baseados em evidências científicas.

O movimento antivacina é um regresso das conquistas populares adquiridas no contexto histórico brasileiro que põem em risco, ainda hoje, a legitimidade do Sistema Único de Saúde. Por essa razão, campanhas e programas que atrelam o empreendedorismo em sua faceta não estritamente econômica, mas social, tornam-se instrumentos estratégicos de mobilização coletiva, capazes de aproximar a ciência da sociedade, fortalecer a confiança nas instituições públicas e promover a conscientização sobre a importância da imunização como bem comum e direito constitucionalmente adquirido.

REFERÊNCIAS:

APS, L. R. de M. M.; PIANTOLA, M. A. F.; PEREIRA, S. A.; CASTRO, J. T. de; SANTOS, F. A. de O. FERREIRA, L. C. de S. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 40, 2018.

ARROYO, L. H.; RAMOS, A. C. V.; YAMAMURA, M.; WEILLER, T. H.; CRISPIM, J. de A.; CARTAGENA-RAMOS, D.; FUENTEALBA-TORRES, M.; SANTOS, D. T. dos; PALHA, P. F.; ARCÊNCIO, R. A. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00015619, 2020.

BELTRÃO, R. P. L.; MOUTA, A. A. N.; SILVA, N. S.; OLIVEIRA, J. E. N.; BELTRÃO, I. T.; BELTRÃO, C. M. F.; SILVA, A. C. B. da. Perigo do movimento antivacina: análise epidemiológico-literária do movimento antivacinação no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3088-e3088, 2020.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde com Ciência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia>. Acesso em: 9 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **TABNET**: Sistema de Informações em Saúde. Brasília, 1991-. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinas contra a covid-19 não causam “morte lenta”**. Brasília: Ministério da Saúde, 18 set. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2025/setembro/vacinas-contra-a-covid-19-nao-causam-201cmorte-lenta201d>. Acesso em: 9 out. 2025.

CHAGAS, S. R.; DALL'AGNOL, M.; PESSOA, A. V. C.; NASCENTE, E. de P.; RAMIS-VIDAL, M. G.; PASCOAL, L. M. Vacinas e suas reações adversas: Revisão. **Pubvet**, v. 13, p. 153, 2019.

CONCEIÇÃO RAMOS, A. C. L.; PACHECO, B. De A. B.; SOUSA, J. E. A.; PETRILLI, J. D.; COSTA, G. N. de O. Cobertura vacinal e o movimento antivacina: o impacto na saúde pública no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 210-226, 2023.

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00344620, 2021.

GUIMARÃES, R. Vacinas anticovid: um olhar da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3579-3585, 2020.

JOHNSON, N. F.; VELÁSQUEZ, N.; RESTREPO, N. J.; LEAHY, R.; GABRIEL, N.; OUD, S. E.; ZHENG, M.; MARINQUE, P.; WUCHTY, S.; LUPU, Y. The online competition between pro-and anti-vaccination views. **Nature**, v. 582, n. 7811, p. 230-233, 2020.

LIMA, E. J. da F.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. de Á. Vacinas para COVID-19-o estado da arte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 13-19, 2021.

LIMEIRA, T. M. V. Empreendedorismo Social no Brasil: Estado da Arte e Desafios. Inovação em Cidadania Empresarial, p. 3, 2015.

LOPES, M. B.; POLITO, R. “Para uma história da vacina no Brasil”: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 14, p. 595-605, 2007.

MENDES, M. K.; MASTELLA, M.; FREITAS DEWES, M. de. Empreendedorismo social na saúde pública: Reflexões para a atenção básica no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 12, n. 3, p. 186-208, 2022.

SANT'ANA, L. (2017). **Empreendedorismo social:** além dos interesses de reprodução do capital Monografia – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. 2017.

SATO, A. P. S.; BOING, A. C.; ALMEIDA, R. L. F. de; XAVIER, M. O.; MOREIRA, R. da S.; MARTINEZ, E. Z.; MATIJASEVICH, A.; DONALISIO, M. R. Vacinação do sarampo no Brasil: onde estivemos e para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 351-362, 2023.

SILVA JUNIOR, J. B. da. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 7-8, 2013.

SIQUEIRA, P. C.; COLA, J. P.; COMERIO, T.; SALES, C. M. M.; MACIEL, E. L. Limiar de imunidade de rebanho para SARS-CoV-2 e efetividade da vacinação no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 48, p. e20210401, 2022.

HANSENÍASE: ASPECTOS HISTÓRICOS, CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA DOENÇA MILENAR

Camille Jayane Sampaio Paes Alves¹

1. HISTÓRICO:

A hanseníase é uma doença conhecida desde as primeiras civilizações. Um dos registros mais antigos datam do Egito Antigo, onde descrições da enfermidade foram encontradas em papiros com aproximadamente 4.300 anos a.C. Entre os hebreus, a doença estava fortemente associada a aspectos religiosos, sendo vista como um sinal de impureza espiritual. Além disso, há relatos históricos indicando que a hanseníase era conhecida em localizações como Japão, China e Índia há milhares de anos (FERREIRA, 2019).

A disseminação ocorreu principalmente em função de conquistas militares. Na Ásia Menor e na Grécia, através do Império Persa. Já no continente europeu, disseminou-se através dos soldados de Alexandre, o Grande, que vieram infectados pela doença nas campanhas realizadas na Índia (OPROMOLLA, 2000). Nas Américas até a chegada dos colonizadores europeus, a doença não existia e teve sua introdução com sua chegada ao novo continente. No Brasil, os primeiros casos foram registrados na cidade do Rio de Janeiro (FERREIRA, 2019).

Todo esse histórico e preconceitos a respeito da doença criou-se um estigma, gerado pela associação do termo “lepra” com os sintomas da doença que o portador da hanseníase apresentava, dificultando até hoje em dia o diagnóstico precoce e tratamento dos indivíduos.

2. INTRODUÇÃO:

Agente etiológico e patogênese

A *Mycobacterium leprae* é a causadora da hanseníase, trata-se de um microorganismo intracelular necessitando de um hospedeiro para finalizar seu ciclo de vida (MUNGROO, *et al.*, 2020). Essa bactéria afeta a pele e o sistema nervoso, invadindo as células de Schwann do Sistema Nervoso Periférico, células essas responsáveis pela formação da bainha de mielina. Esse processo de invasão às células de Schwann é altamente complexo, envolvendo interações específicas

¹ Estudante de Biologia da UEFS.

entre moléculas do *M. leprae* e da célula hospedeira. Essas ligações desencadeiam alterações funcionais nas células de Schwann, levando à desmyelinização. Além disso, o *M. leprae* é capaz de modular o sistema imunológico do hospedeiro, promovendo a ativação de macrófagos em um perfil que favorece sua sobrevivência e persistência (MUNGROO, *et al.*, 2020; SASAK, *et al.*, 2001).

Denominado reações hansênicas, trata-se do envolvimento dos nervos pela infecção primária e pelos episódios medidos pelo sistema imune, acaba resultando no comprometimento nervoso e pode ocasionar incapacidades (SASAKI *et al.*, 2001). Essa bactéria também infecta animais silvestres, como os tatus de nove bandas e esquilos vermelhos, causando uma doença semelhante à hanseníase (MUNGROO, *et al.*, 2020).

Transmissão

A transmissão acontece quando um indivíduo saudável mas com predisposição fica em contato prolongado com um indivíduo doente ainda na forma infectante e sem realizar o tratamento. A forma de infecção vai ser a via respiratória superior, ou seja, o indivíduo não saudável vai estar eliminando bacilos por meio de tosse, espirro e até fala. A transmissão dificilmente acontece pelos objetos utilizados pelo paciente. Com alto período de incubação, o indivíduo pode demorar em média de dois a sete anos para demonstrar os sintomas/sinais (BRASIL, s. d.). Fatores como idade, baixa imunidade e condições precárias de vida aumentam a susceptibilidade à infecção (ALREHAILI, 2023).

Manifestações clínicas e classificação

As principais demonstrações clínicas são nas áreas da pele, manchas esbranquiçadas (hipocrônicas), acastanhadas ou avermelhadas com alterações de sensibilidade, formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), diminuição ou queda de pelos, pele avermelhada, diminuição ou ausência de suor no local (BRASIL, s. d.).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025) a hanseníase foi classificado em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com bacilosscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele ou bacilosscopia de raspado intradérmico positiva).

O Brasil também utiliza essa classificação. Entretanto, alguns pacientes não apresentam lesões facilmente visíveis na pele, e podem ter lesões apenas nos nervos, denominado hanseníase primária, ou as lesões podem se tornar visíveis somente após iniciado o tratamento. Segundo o guia prático brasileiro sobre hanseníase, para melhor compreensão e facilidade para o diagnóstico, pode ser utilizado a classificação de Madri (1953): hanseníase indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

A hanseníase indeterminada, considerada a fase inicial da doença, é mais comum em crianças e geralmente decorre do contato com indivíduos multibacilares não tratados. Caracteriza-se por apresentar uma única lesão clara, seca, mal delimitada e sem relevo, acompanhada de perda de sensibilidade térmica e dolorosa, com preservação da sensibilidade tátil. Já a hanseníase tuberculoide ocorre quando o sistema imunológico consegue exercer maior controle sobre o bacilo, manifestando-se por lesões em placas bem delimitadas, elevadas ou em formato anular, totalmente anestésicas. A principal forma de diagnóstico de ambas é feito clinicamente, já que os exames costumam ser negativos. A hanseníase dimorfa, por sua vez, representa a forma mais frequente da doença, abrangendo cerca de 70% dos casos, e apresenta características intermediárias entre os polos tuberculoide e virchowiano, com manifestações variadas que incluem infiltrações, placas e nódulos. Já a hanseníase virchowiana corresponde ao polo oposto da tuberculoide, ocorrendo em indivíduos com baixa resposta imunológica contra o *Mycobacterium leprae*. Nessa forma, as lesões cutâneas são numerosas, difusas, mal delimitadas e simétricas, podendo se apresentar como máculas, pápulas e nódulos. Além disso, é frequente o comprometimento de múltiplos nervos periféricos, o que favorece deformidades e incapacidades físicas ao longo do curso da doença (ALREHAILI, 2023; Brasil, 2025).

Tratamento e prevenção

O tratamento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é uma terapia medicamentoso com a associação de três antimicrobianos (rifampicina, dapsona e clofazimina) a qual denominamos de Poliquimioterapia Única (PQT-U). Além de disponibilizar os medicamentos, o SUS também disponibiliza acompanhamento dos pacientes em unidades básicas de saúde e em referência. Com a doença em seu início pode ser transmitida para o coletivo, é importante que os familiares e amigos do indivíduo com hanseníase também sejam examinados (BRASIL, s. d.). A principal forma de prevenção é tratar os doentes, ou seja, envolve o diagnóstico precoce com o tratamento regular disponibilizado pelo SUS.

3. EPIDEMIOLOGIA:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2024, houveram 172.717 novos casos de hanseníase em 188 países. De acordo com o Boletim Epidemiológico brasileiro (2025), houve uma detecção de novos casos nos últimos 15 anos, indicando recrudescimento da doença. Dessa forma, a hanseníase é um desafio importante na saúde pública brasileira, com distintos cenários de endemicidade, devido a diversidade populacional e ao tamanho do país. Em 2023, foram registrados 182.815 casos novos da doença, aumento de 5,0% em relação a 2022. A Índia, o Brasil e a Indonésia concentraram 79,3% dos casos novos detectados. No mundo, houve aumento de 1,8% de grau 2 de incapacidade física. No Brasil, o aumento foi de 16,0% em 2023 em relação a 2022. Esses dados demonstram a relevância de compreender o perfil epidemiológico da doença para subsidiar estratégias de controle e prevenção.

A análise da distribuição da hanseníase segundo faixa etária e sexo é fundamental para compreender o perfil epidemiológico da doença no Brasil.

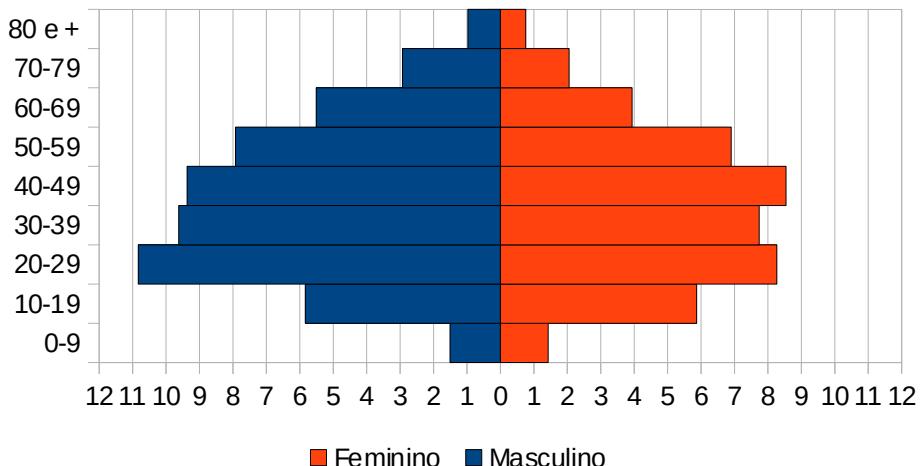
A análise da distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária e sexo (Figuras 1-4) evidencia um predomínio de notificações em indivíduos adultos, especialmente no grupo de 30 a 59 anos. Essa concentração pode ser explicada pelo longo período de incubação do *Mycobacterium leprae*, que frequentemente se estende por anos, levando os primeiros sinais clínicos a emergirem apenas na vida adulta. Além disso, a hanseníase caracteriza-se como uma infecção de evolução crônica, o que favorece o acúmulo de casos em faixas etárias nas quais já houve exposição prolongada ao agente etiológico.

Quanto ao sexo, observa-se maior frequência de casos entre homens, um padrão também descrito na literatura epidemiológica nacional e internacional. Essa diferença pode estar associada a fatores imunológicos e comportamentais, incluindo possíveis variações na resposta imune entre os sexos e a menor procura masculina por serviços de saúde, o que favorece o diagnóstico tardio.

O estudo de Ferreira (2019) e Rocha (2020), fortalece esses achados, visto que em seu trabalho também foi observado a relação na maior positividade em sexo masculino.

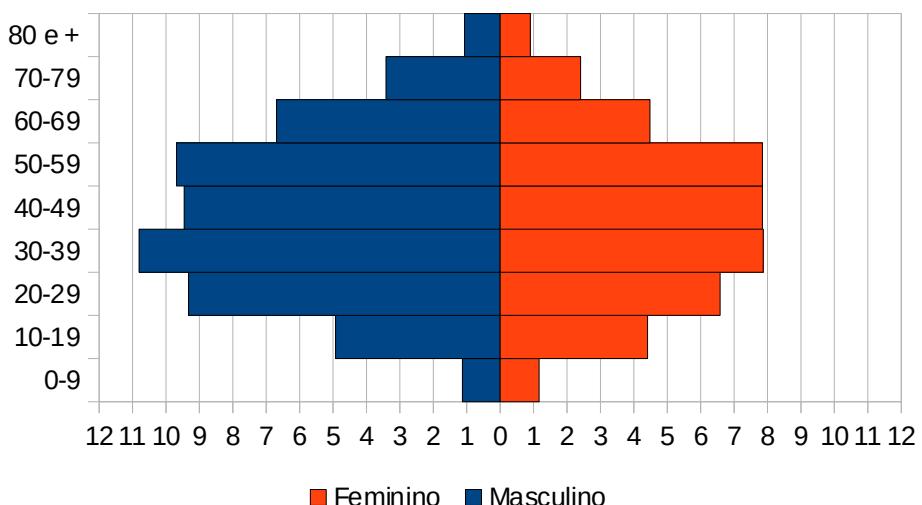
A avaliação da distribuição regional dos casos de hanseníase nos mapas abaixo nos anos analisados (Figuras 5-8) demonstra que, embora se observe uma redução gradual no número absoluto de notificações, essa tendência não ocorre de maneira homogênea entre as Unidades da Federação. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste mantêm, de forma consistente, os maiores índices da doença, caracterizando áreas de persistente endemicidade.

Figura 1 – Distribuição do percentual de casos de hanseníase, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2005.



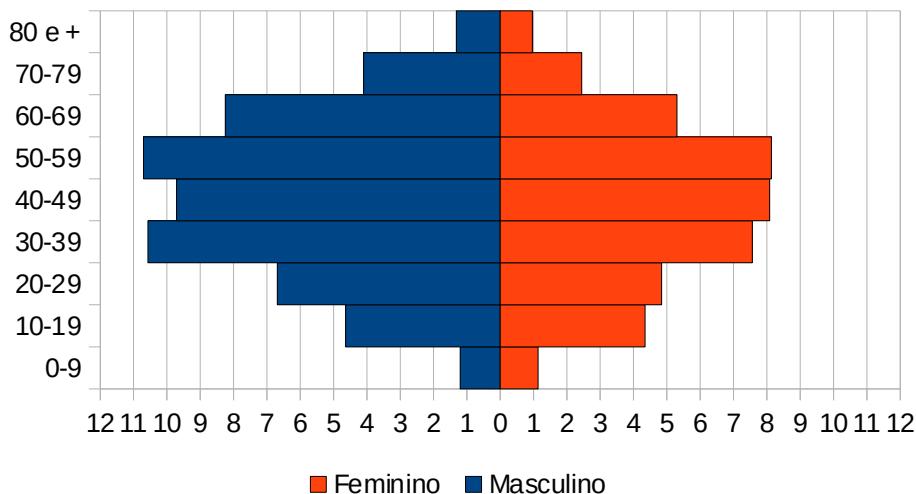
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 2 – Distribuição do percentual de casos de hanseníase, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2010.



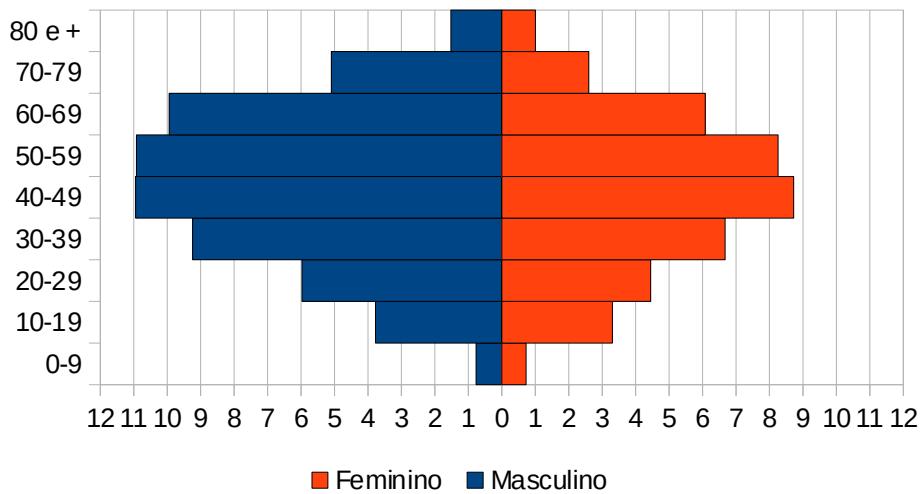
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 3 – Distribuição do percentual de casos de hanseníase, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2015.



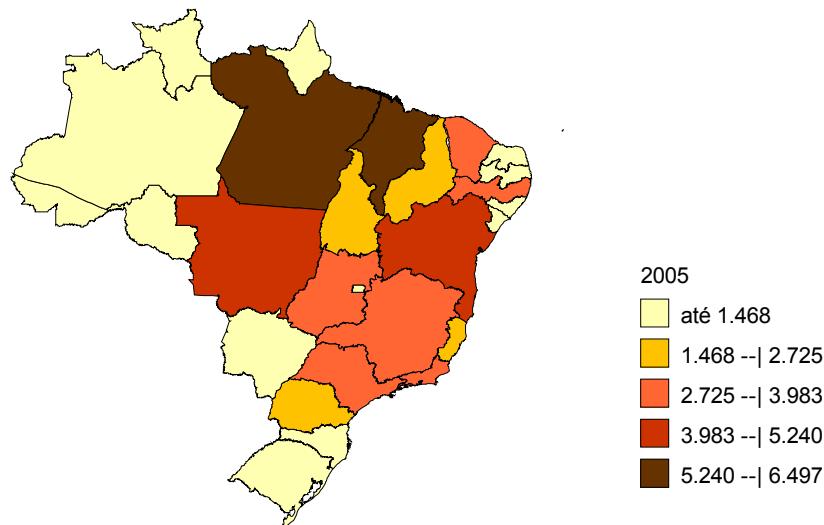
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 4 – Distribuição do percentual de casos de hanseníase, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2020.



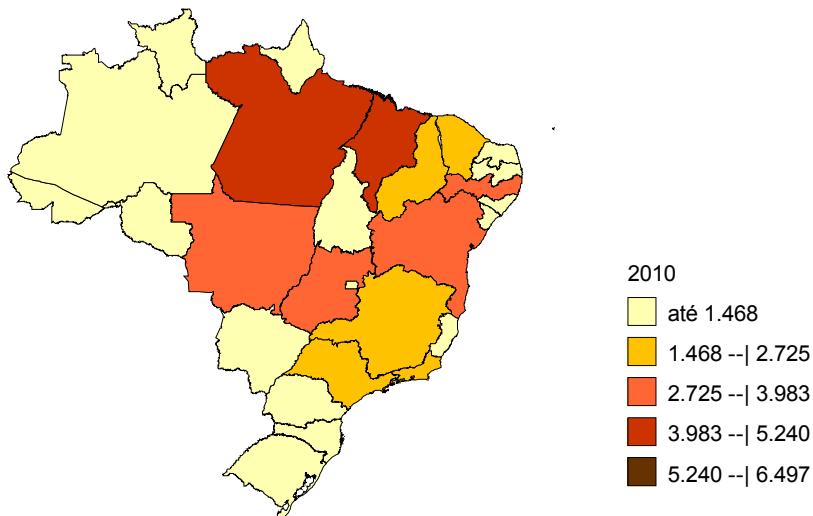
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 5 – Distribuição dos casos de hanseníase, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2005.



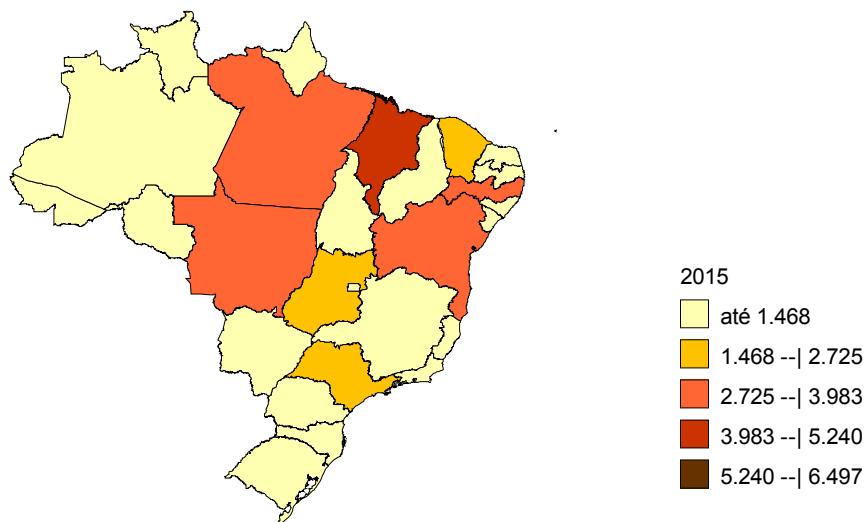
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 6 – Distribuição dos casos de hanseníase, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2010.



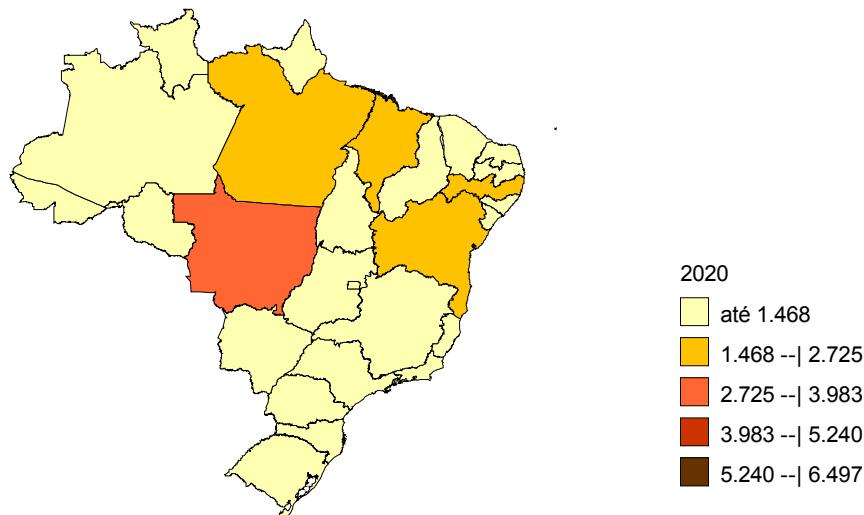
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 7 – Distribuição dos casos de hanseníase, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2015.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Figura 8 – Distribuição dos casos de hanseníase, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2020.

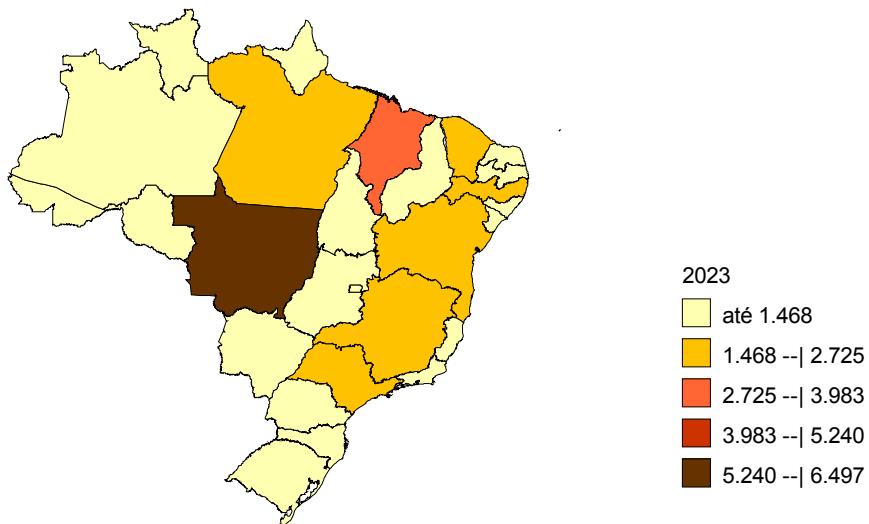


Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Essa heterogeneidade regional reflete diferenças estruturais relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, à capacidade de detecção precoce e à efetividade das ações de vigilância epidemiológica. As regiões historicamente mais vulneráveis apresentam maiores desafios na identificação e no tratamento oportuno dos casos, o que contribui para a manutenção da transmissão.

Além disso, a hanseníase permanece fortemente associada a determinantes sociais da saúde, como condições habitacionais, densidade domiciliar e desigualdades no território. Assim, a distribuição espacial da doença evidencia não apenas aspectos biológicos e epidemiológicos, mas também elementos estruturais que influenciam a dinâmica da transmissão.

Figura 9 – Distribuição dos casos de hanseníase, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2023.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

A comparação entre os anos de 2020 e 2023 (Figuras 8 e 9) foi incorporada à análise por apresentar uma inflexão importante na tendência observada ao longo das séries anteriores. Enquanto os períodos de 2005, 2010, 2015 e 2020 demonstravam uma redução progressiva no número de casos de hanseníase, os dados de 2023 revelaram um aumento em determinados estados, indicando uma possível retomada da transmissão ou melhora na capacidade de detecção. Esse comportamento oscilante reforça a relevância epidemiológica do tema e a necessidade de monitoramento contínuo.

Os resultados reforçam a importância de políticas públicas que priorizem áreas endêmicas, bem como de estratégias integradas de vigilância, educação em saúde e fortalecimento da atenção básica, a fim de reduzir a transmissão e minimizar incapacidades associadas à doença.

4. EMPREENDEDORISMO SOCIAL:

Como já discutido ao longo do texto, a hanseníase, apesar de ser uma doença antiga e curável, ainda representa um desafio para a saúde pública brasileira, não apenas pelos casos registrados anualmente, mas, pelo estigma social que é estabelecido em torno dos portadores. Essa realidade revela a necessidade de iniciativas que ultrapassem o campo clínico e avancem em direção à transformação social. Nesse contexto, o empreendedorismo social surge como uma ferramenta estratégica capaz de promover soluções inovadoras e inclusivas, voltadas tanto à prevenção e diagnóstico precoce quanto à reintegração social de pessoas afetadas pela doença.

O projeto “Hanseníase Zero” é uma proposta de empreendedorismo social na área da saúde que busca articular ciência, tecnologia e cidadania em torno da hanseníase. Sua essência está na criação de um modelo de atuação comunitária que combina inovação social e educação. Por meio de parcerias entre universidades, organizações civis e gestores públicos, o projeto atua em regiões endêmicas, promovendo mutirões itinerantes de diagnóstico precoce, oficinas educativas e programas de capacitação profissional.

Entre as principais ações, destacam-se o desenvolvimento do aplicativo “Hanseníase Zero +”, uma plataforma digital acessível que auxilia no mapeamento de casos, identificação dos sintomas e na orientação sobre o tratamento e a realização de campanhas educativas em escolas e espaços públicos para combater o preconceito e disseminar informações corretas sobre a hanseníase.

O projeto baseia-se em princípios de inovação social que valorizam a criatividade, a ação preventiva e a autonomia comunitária. A inovação se expressa no uso de tecnologias e ferramentas educativas que aproximam o conhecimento da população; a atuação proativa ocorre nas ações voltadas à prevenção e ao diagnóstico precoce em regiões mais vulneráveis; e a autonomia é fortalecida por uma gestão descentralizada, que coloca as comunidades como protagonistas.

Assim, a hanseníase deixa de ser apenas um problema médico e passa a ser um campo de atuação cidadã, em que o conhecimento e a empatia se tornam ferramentas para reconstruir vidas e comunidades.

REFERÊNCIAS:

- ALREHAILI, J. Leprosy Classification, Clinical Features, Epidemiology, and Host Immunological Responses: Failure of Eradication in 2023, **Cureus**, v. 15, n. 9, p. e44767.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hansenise>>. Acesso em: 10 de setembro de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre hanseníase**. Disponível em: guia-pratico-de-hansenise.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2025.
- FERREIRA, A. F.; SOUZA, E. A. de; LIMA, M. da S.; GARCIA, G. S. ,; CORONA, F.; ANDRADE, E. S. N.; SENA NETO, S. A. de; RIBEIRO FILHA, C.; REIS, A. da S. dos; TEIXEIRA, L. G.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Mortalidade por hanseníase em contextos de alta endemicidade: análise espaço-temporal integrada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. e87, 2019.
- FERREIRA, I. N. Um Breve Histórico da Hanseníase. **Revista multidisciplinar**. 2023.
- MUNGROO, M. R.; KHAN, N. A.; SIDDIQUI, R. *Mycobacterium leprae*: Pathogenesis, diagnosis, and treatment options, **Microbial Pathogenesis**, v. 149, p. 104475, 2020.
- OPROMOLLA, D. V. A. História. In: Conferência Nacional para Avaliação da política de controle da hanseníase, 1976, Brasília. Conferência. Brasília, 1976. p.1-7.
- ROCHA, M. C. N.; NOBRE, M. L.; GARCIA, L. P. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00048019, 2020.
- SASAKI, S.; TAKESHITA, F.; OKUDA, K.; ISHII, N. *Mycobacterium leprae* and Leprosy: A Compendium, **Microbiology and Immunology**, v. 45, n. 11, p. 729–736, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of leprosy. 2025**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>. Acesso em: 10 de setembro de 2025.

DA SÍFILIS À SÍFILIS CONGÊNITA: PANORAMA HISTÓRICO, CAUSAS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Cleiton Almeida de Freitas¹

1. INTRODUÇÃO:

A sífilis tornou-se conhecida na europa no século XV, após se tornar uma grande praga mundial, possuindo uma rápida disseminação. Ela se trata de uma doença infecciosa crônica que acomete diversos órgãos e sistemas do corpo humano. Mesmo possuindo tratamento nos tempos atuais e com baixos custos, continua sendo um desafio para a saúde pública (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

Muitas hipóteses surgiram para explicar sobre o seu surgimento mas, atualmente duas teorias foram criadas com a tentativa de explicar o surgimento dessa doença. A primeira teoria, intitulada de colombiana, fala que o seu surgimento se deu no Novo Mundo, e chegou na Europa junto com os marinheiros que participaram da colonização da América. Já a segunda teoria acredita que a sífilis teria sido proveniente de mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

O termo “sífilis” veio de um poema de Hieronymus Fracastorius mas, antes desse nome se sedimentar, a doença era chamada de diversos nomes, atribuindo sempre à doença uma adjetivação que a identificava com outro povo ou nação. “Mal espanhol”, “mal italiano”, “mal francês” (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

A partir da década de 1960, transformações nos costumes ligados à sexualidade, somadas à introdução da pílula anticoncepcional, contribuíram para o crescimento no número de casos. Já no final dos anos 1970, o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) levou a uma nova forma de compreender as doenças sexualmente transmissíveis reacendendo o interesse científico sobre a enfermidade e reforçando a necessidade de adoção de medidas específicas para seu controle (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

A sífilis tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*, pertencente ao gênero Treponema e à família Treponemataceae, a qual também engloba os gêneros *Leptospira* e *Borrelia*. Dentro desse gênero, são descritas quatro espécies patogênicas e, pelo menos, seis espécies não patogênicas. Entre as patogênicas, destacam-se: *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*, causador da

1 Estudante de Biologia da UEFS.

sífilis; *Treponema carateum*, associado à pinta; e *Treponema pertenue*, agente etiológico da bouba ou framboesia. Já o bejel, ou sífilis endêmica, é provocado pela variante *T. pallidum* subsp. *endemicum* (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

O *T. pallidum* apresenta formato espiralado, com cerca de 10 a 20 voltas, medindo entre 5 e 20 µm de comprimento e aproximadamente 0,1 a 0,2 µm de espessura. Essa bactéria não possui membrana celular, sendo envolvida por um envelope externo de três camadas, ricas em moléculas de ácido N-acetyl murâmico e N-acetyl glucosamina. Possui flagelos que partem da extremidade distal e se distribuem junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Seu deslocamento ocorre por meio da rotação do corpo em torno desses filamentos (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

O *T. pallidum* tem sua reprodução por bipartição a cada 30 horas e o homem é seu único hospedeiro, apesar de que, quando inoculado, pode causar infecções experimentais em macacos e ratos mas, não consegue sobreviver por muito tempo fora do seu habitat (26 horas) (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que aproximadamente 1,5 milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis anualmente, sendo que metade delas não são tratadas e com isso terão filhos com resultados adversos, 10% evoluem para óbito neonatal, 30% para óbito fetal, 40% para retardo mental além de baixo peso ao nascer e/ou evidência clínica da infecção. Quando não tratadas, as gestantes têm a probabilidade de infecção fetal de forma vertical de 70 a 100% mas, quando tratadas, esses números caem para 1 a 2% (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A sífilis congênita é uma doença evitável, mas para isso se faz necessário que a gestante seja diagnosticada e tratada. Mesmo sendo uma doença de fácil diagnóstico e tratamento, permanece como um problema de saúde recorrente, evidenciando as falhas que acontecem nos serviços de saúde, principalmente nos serviços pré-natais, segundo o Ministério da Saúde (MS), toda gestante deve ser tratada até duas vezes para sífilis durante o pré-natal (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Para o tratamento da sífilis na gravidez e prevenção da posterior sífilis congênita, faz-se a administração da penicilina benzatina via parenteral, sendo realizada nas Unidades de Atenção Básica de Saúde. Estudos mostram que esse medicamento é altamente eficaz na redução de eventos adversos na gestação e na prevenção da transmissão vertical (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A infecção por Sífilis foi escolhida como tema de estudo em razão de sua relevância histórica e social, já que, desde o século XV, essa doença impacta a

humanidade e, ainda hoje, constitui um importante problema de saúde pública. Apesar de possuir diagnóstico simples e tratamento eficaz de baixo custo, a sífilis continua apresentando elevados índices de incidência, evidenciando fragilidades persistentes nos sistemas de saúde.

No caso da sífilis congênita, trata-se de uma condição totalmente evitável, o que reforça a necessidade de medidas urgentes e eficazes de controle e prevenção, especialmente nos serviços de atenção pré-natal. O fortalecimento dessas ações é fundamental para reduzir falhas no acompanhamento gestacional e garantir melhores desfechos materno-infantis.

2. METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com abordagem quantitativa, voltado à análise da mortalidade por sífilis congênita no Brasil. As informações foram coletadas por meio de consultas nas bases de dados Google Scholar, SciELO, PubMed e no portal do Ministério da Saúde, contemplando também o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram consideradas variáveis epidemiológicas como tipo de parto, cor/raça e distribuição espacial dos óbitos, abrangendo o período de 2011 a 2024. Para orientar as buscas, utilizaram-se os descritores “sífilis congênita”, “mortalidade infantil”, “transmissão vertical” e “Brasil”. Foram selecionadas publicações compreendidas entre os anos de 2020 e 2025, com foco em estudos e relatórios que abordassem dados recentes e relevantes sobre a temática.

3. EMPREENDEDORISMO SOCIAL:

No contexto histórico, social e epidemiológico, a sífilis e, de modo mais alarmante, a sífilis congênita persistem como um grave problema de saúde pública no Brasil, apesar da disponibilidade de diagnóstico simples e tratamento altamente eficaz. Essa continuidade do problema aponta para fragilidades significativas nos serviços de atenção básica, falhas no acompanhamento pré-natal e a carência de estratégias efetivas de educação em saúde (AVELLEIRA *et al.*, 2006; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Diante dessa complexa realidade, propõe-se a criação do Projeto Vida Sem Sífilis. Esta é uma iniciativa de empreendedorismo social que visa a prevenção, o diagnóstico precoce e o controle da sífilis congênita, priorizando o fortalecimento da atenção primária à saúde e o empoderamento comunitário. O

objetivo central do projeto é reduzir a transmissão vertical da sífilis, promovendo informação, acolhimento humanizado e acesso facilitado ao tratamento, através de uma articulação estratégica entre universidade, comunidade e a rede pública de saúde.

A proposta se estrutura em quatro eixos de atuação:

1. Educação e sensibilização comunitária: Este eixo visa combater a desinformação e reduzir o estigma historicamente associado às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A ação será implementada por meio de palestras, oficinas e rodas de conversa, realizadas em escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e comunidades. A abordagem utilizará linguagem acessível, focada em temas cruciais como prevenção de ISTs, a relevância do cuidado pré-natal e a garantia de tratamento adequado durante toda a gestação.
2. Capacitação de profissionais e estudantes da área da saúde: Focada na formação continuada, esta frente objetiva aprimorar o diagnóstico rápido e o manejo clínico da sífilis em gestantes. O intuito é ampliar a detecção precoce e assegurar o tratamento oportuno, fortalecendo a atuação das equipes de Saúde da Família e minimizando as falhas no seguimento pré-natal.
3. Tecnologia social e acompanhamento digital: Consiste no desenvolvimento de um aplicativo ou plataforma interativa para oferecer suporte a gestantes e profissionais. Essa ferramenta digital facilitará o acompanhamento do tratamento, o envio de lembretes de consultas, a disponibilização de materiais educativos e o monitoramento em tempo real dos indicadores locais de sífilis congênita, auxiliando na delimitação de áreas que necessitam de um cuidado maior.
4. Ações itinerantes de testagem e cuidado: Envolve a organização de mutirões e feiras de saúde em áreas de maior vulnerabilidade social. Serão oferecidos gratuitamente testes rápidos para sífilis e HIV, acompanhados de orientação preventiva e o devido encaminhamento para o tratamento nas unidades de saúde parceiras.

O Projeto Vida Sem Sífilis propõe uma sinergia entre inovação, responsabilidade social e engajamento comunitário. Sua atuação vai além da mera redução dos casos da doença, focando também na formação de uma consciência coletiva sólida sobre a crucial importância da saúde sexual e reprodutiva. Dessa forma, a iniciativa responde diretamente aos dados e às reflexões apresentadas,

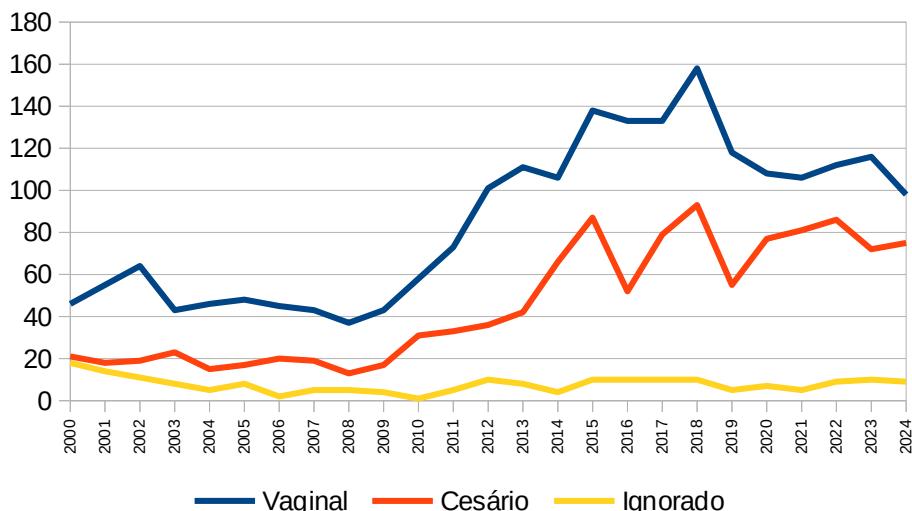
consolidando-se como uma alternativa prática e viável para enfrentar uma doença de raízes históricas, mas que se mantém desafiadora na contemporaneidade.

Com essa proposta, o projeto ambiciona contribuir significativamente para o fortalecimento da saúde pública, aprimorar a qualidade do cuidado pré-natal e reduzir as taxas de sífilis congênita, alinhando-se plenamente aos objetivos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a eliminação da transmissão vertical.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A análise dos óbitos por sífilis congênita (Figura 1), revela uma distribuição notável quanto ao tipo de parto: a maioria dos casos ocorreu em partos vaginais, seguida por partos cesarianos e, em menor proporção, por registros com informação ignorada.

Figura 1 – Distribuição dos óbitos por sífilis congênita segundo o tipo de parto, Brasil, 2020-2024.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM.

O predomínio de óbitos em partos vaginais pode estar ligado à ausência ou inadequação de intervenção durante a gestação, por exemplo, quando o diagnóstico de sífilis materna ocorre tarde ou o tratamento da mãe e/ou parceiro não é plenamente efetivo. De fato, estudos apontam que nas gestantes

com sífilis, o parto vaginal foi o mais frequente entre aquelas que realizaram pré-natal deficiente ou sem o tratamento adequado (PADOVANI *et al.*, 2018). Além disso, conforme o portal do Ministério da Saúde, a transmissão vertical da sífilis pode ocorrer “durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sifilítica” (BRASIL, 2025a).

Por outro lado, os casos de óbitos em partos cesáreos, ainda que em menor proporção, indicam que mesmo quando existe a via operatória, ela não elimina o risco se o pré-natal e o tratamento da gestante forem insuficientes ou tardios. Ou seja: independentemente da via de parto, o cerne do problema parece residir na falha no acompanhamento da gestação, diagnóstico, tratamento e seguimento, conforme analisado em estudos que associam alta incidência de sífilis congênita à qualidade inferior do pré-natal (FERRAZ *et al.*, 2022).

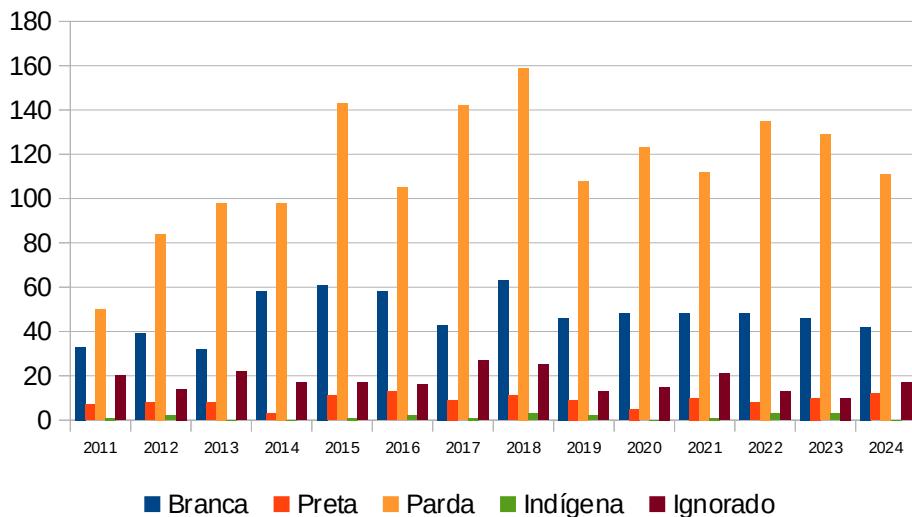
De acordo com a Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, os estados e municípios, por meio das unidades que compõem seus sistemas de saúde, devem assegurar a captação precoce das gestantes, garantindo a primeira consulta de pré-natal até os 120 dias de gestação. O documento também estabelece que sejam realizadas pelo menos seis consultas de pré-natal, distribuídas preferencialmente da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

Na figura 2, é possível observar que a distribuição anual de óbitos por sífilis congênita no Brasil entre 2011 e 2024, por categoria de cor/raça, confirma tendências consistentes de desigualdades sociorraciais. O fato de que o maior número de óbitos se concentra entre indivíduos autodeclarados “pardos” (e em menor proporção entre “pretos”, “brancos” e “indígenas”) revela que não há neutralidade racial na carga dessa enfermidade.

Estudos longitudinais nacionais estimaram que, caso mulheres pardas e pretas tivessem o mesmo nível de risco das mulheres brancas, cerca de 52% dos casos de sífilis congênita poderiam ser evitados (PAIXÃO *et al.*, 2023). Essa evidência apoia a interpretação de que a raça/cor funciona como marcador de vulnerabilidade, mediado por determinantes sociais como escolaridade, renda, acesso ao pré-natal e tratamento, e não simplesmente como uma variável biológica isolada.

Em adição, o recente lançamento pelo Ministério da Saúde de um painel de doenças e agravos por raça/cor reforça que a população preta e parda concentra “mais de 50% dos casos de sífilis congênita” em séries históricas (BRASIL, 2025b). Esses dados destacam que, mesmo em contexto de sistema público de saúde universal como o SUS, persistem barreiras para a equidade de acesso e qualidade no cuidado.

Figura 2 – Distribuição percentual dos óbitos por sífilis congênita no Brasil, no período de 2011 a 2024, segundo a categoria de cor/raça.

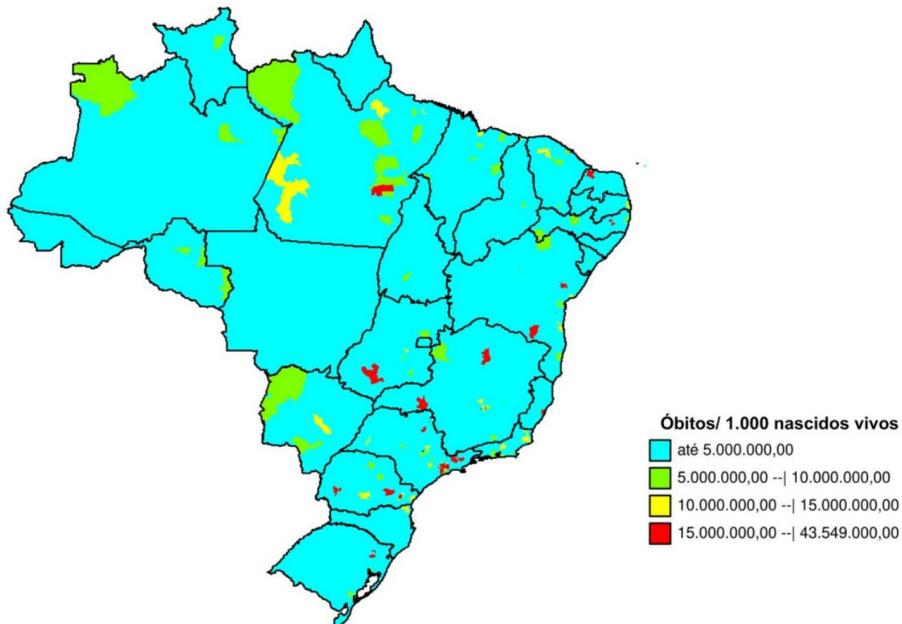


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM.

A menor ocorrência de óbitos entre brancas pode refletir uma combinação de melhor cobertura de serviços de saúde, maior adesão ao pré-natal, prontidão no diagnóstico e tratamento da sífilis materna. Em contraste, o índice mais elevado entre gestantes pardas e pretas evidencia que o acesso tardio ou inadequado ao pré-natal, à testagem e ao tratamento da gestante e do parceiro representa um risco significativo para o desfecho fetal ou neonatal adverso. Estudos locais, como no Município do Rio de Janeiro, observaram que mulheres pretas ou pardas apresentaram taxas mais elevadas de sífilis congênita e menos frequência de cuidado pré-natal de qualidade (UFF, 2023).

A distribuição espacial dos óbitos por sífilis congênita no Brasil, expressa no mapa (Figura 3), revela uma heterogeneidade regional significativa. Observa-se que as maiores taxas de mortalidade (em vermelho e amarelo) concentram-se principalmente nas regiões Norte e Nordeste, estendendo-se pontualmente para áreas do Centro-Oeste e Sudeste, enquanto as menores taxas (em azul) predominam nas regiões Sul e parte do Sudeste.

Figura 3 – Mapa da distribuição dos óbitos por sífilis congênita no Brasil, segundo taxa de óbitos por 1.000 nascidos vivos.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM.

Esse padrão espacial reforça as desigualdades regionais em saúde e evidencia que a sífilis congênita é mais incidente em áreas caracterizadas por maior vulnerabilidade socioeconômica, baixo acesso aos serviços de saúde e dificuldades na realização do pré-natal adequado. De acordo com estudos da Fiocruz (2023) e do Ministério da Saúde (2024), regiões com menor cobertura da Atenção Primária à Saúde tendem a apresentar maior subnotificação, diagnóstico tardio e falhas na adesão ao tratamento da gestante e do parceiro, fatores diretamente relacionados à ocorrência da transmissão vertical da sífilis.

A concentração dos casos nas regiões Norte e Nordeste também se relaciona à distribuição desigual de recursos e infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), além de refletir determinantes sociais como baixa escolaridade, precariedade das condições de moradia e barreiras geográficas. Já nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior capilaridade dos serviços de atenção básica e melhor acompanhamento gestacional, observam-se índices menores de mortalidade infantil associada à sífilis congênita, conforme apontam dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024).

Todo esse panorama dialoga diretamente com a proposta do Projeto Vida Sem Sífilis, apresentada neste artigo, que tem como foco a educação em saúde, o fortalecimento da atenção pré-natal e o acompanhamento contínuo das gestantes. A implementação de ações comunitárias e estratégias de empreendedorismo social é fundamental para reduzir essas disparidades territoriais, ampliando o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A sífilis congênita continua sendo um importante desafio de saúde pública no Brasil, refletindo desigualdades sociais, raciais e regionais, além de falhas no acompanhamento pré-natal. Os dados analisados demonstram maior incidência nas regiões Norte e Nordeste e entre pessoas pardas e pretas, evidenciando o impacto dos determinantes sociais e do racismo estrutural. Nesse cenário, o Projeto Vida Sem Sífilis, proposto como ação de empreendedorismo social, surge como alternativa eficaz para promover educação em saúde, ampliar o acesso ao diagnóstico e fortalecer a atenção básica, contribuindo para a redução dos casos e para a eliminação da transmissão vertical da sífilis.

REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, p. 111-126, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sifilis/gestantes>. Acesso em: 07 de nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde lança painel de doenças e agravos na população por raça e cor. 21 mar. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/saude-lanca-painel-de-doencas-e-agravos-na-populacao-por-raca-e-cor?> Acesso em: 06 de nov. 2025b.
- FERRAZ, J. G. et al. Assistência pré-natal e incidência de sífilis congênita no Brasil: uma análise comparativa. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 102231, 2022.
- GUIMARÃES, T. A.; ALENCAR, L. C. R.; FONSECA, L. M. B.; GONÇALVES, M. M. C.; SILVA, L. M. B. da. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arch. Health Sci. (Online)**, p. 24-30, 2018.
- PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. de; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3019, 2018.

PAIXAO, E. S.; FERREIRA, A. J.; PESCARINI, L. M. WONG, K. L. M.; FIACCONI, E. G. R.; OLIVEIRA, G. L. de; REBOUÇAS, P.; CARDOSO, A. M.; SMEETH, L.; BARRETO, M. L.; RODRIGUES, L. C.; ICHIHARA, M. Y. Sífilis materna e congênita atribuível a desigualdades étnico-raciais: um estudo longitudinal nacional de vinculação de registros de 15 milhões de nascimentos no Brasil. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 11, p. e1734-e1742, 2023.

SILVA, G. A. C. da; LIMA, M. H. da S.; ALVES, F. J. P.; PINHEIRO, T. G.; SILVA, L. P. da; RODRIGUES, T. da S. Sífilis congênita no Ceará: desafios e estratégias para a eliminação da transmissão vertical. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. e7264-e7264, 2025.

UFF – Universidade Federal Fluminense. **Sífilis congênita:** estudos alertam sobre casos da doença no estado do Rio de Janeiro. 16 out. 2023. Disponível em: <https://www.uff.br/16-10-2023/sifilis-congenita-estudos-alertam-sobre-casos-da-doenca-no-estado-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 07 de nov. 2025.

REIKI: PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR E SEUS EFEITOS TERAPÉUTICOS NA SAÚDE

Gildasio de Jesus Carvalho¹

RESUMO:

O Reiki é uma prática de cura complementar que equilibra corpo e mente, sendo um método antigo originado no Tibete e redescoberto no século XIX por Mikao Usui. Embora não se baseie em nenhuma filosofia ou religião, está enraizado na cultura japonesa. Na área da saúde, o Reiki é usado por seus benefícios naturais e holísticos, tratando diversas condições. Sua aplicação na educação está crescendo, pois pode melhorar o bem-estar emocional e mental de alunos e educadores, aliviando estresse e ansiedade. Com técnicas de imposição de mãos, o Reiki busca harmonizar a energia ao desbloquear chakras, promovendo relaxamento e cura.

PALAVRAS-CHAVE: Reiki, educação, saúde, chakras.

ABSTRACT:

Reiki is a complementary healing practice that balances body and mind, being an ancient method originating in Tibet and rediscovered in the 19th century by Mikao Usui. Although it is not based on any philosophy or religion, it is rooted in Japanese culture. In the field of health, Reiki is used for its natural and holistic benefits, treating various conditions. Its application in education is growing, as it can improve the emotional and mental well-being of students and educators, alleviating stress and anxiety. With techniques of hands-on healing, Reiki seeks to harmonize energy by unblocking chakras, promoting relaxation and healing.

KEYWORDS: Reiki, education, health, chakras.

1. INTRODUÇÃO:

O Reiki é uma prática complementar integrativa com as dimensões baseadas na matéria e no espírito, caracterizada pela imposição das mãos com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio do corpo. Trata-se de um dos métodos de cura mais antigos de que a humanidade tem conhecimento, sendo originado no Tibete há dezoito séculos atrás e redescoberto no século XIX por um monge

¹ Licenciado em Ciências Biológicas (UCSal) pela Universidade Católica do Salvador. Estudante de Química da UEFS.

japonês chamado Mikao Usui. Conforme aponta PETTER (2013) o Reiki não se baseia numa filosofia ou religião, porém surge da língua e da cultura do Japão. A terapia Reiki é utilizada em práticas na área da saúde devidos os benefícios de cura segura natural e holístico, pois tem uma aplicabilidade fácil podendo tratar muitas enfermidades agudas e crônicas. Enquanto que na área de educação aos poucos vem sendo aplicado para a melhoria do bem estar espiritual, mental e emocional dos estudantes e comunidade escolar. O reiki é uma terapia que apresenta como principais características a promoção da cura e harmonização energética por meio da imposição das mãos de um terapeuta profissional que recebe um treinamento para tal. O processo de estresse, ansiedade e desmotivação que atinge o ambiente escolar tem afetado de forma significativa o processo de ensino e aprendizagem dos educandos, além de influenciar na prática educativa dos professores. Diante disso o Reiki enquanto terapia complementar pode ser aplicada no espaço escolar, pois é apropriado para todas as pessoas, sem restrições é um excelente tonificante. Esta técnica japonesa chamada Reiki, é usada para a redução do estresse e relaxamento, que também promove a cura. Baseia-se na ideia de que a energia flui através de nós e pode ser usada para estimular o processo de cura. Mesmo que todos possuam a capacidade inata de impor as mãos, no sistema Reiki o desbloqueio dos chakras (“roda de luz”). São pontos de energia de diferentes vibrações, representando diferentes aspectos do corpo, da alma e do espírito, portanto deve ser realizado por um indivíduo qualificado.

Esta terapia complementar, mantém suas raízes nas tradições orientais, buscando o equilíbrio do corpo e da mente, curando o físico e o mental, aproximando-se de concepções religiosas e místicas orientais. Nele focalizam-se os chakras que são centros de energia no ser humano. A palavra significa “roda”. Estes centros recolhem energia sutil, transformando-a e fornecendo-a ao corpo. Cada um está ligado a determinado órgão e região do corpo, influenciando-o em sua função. Os hormônios produzidos pelas glândulas fluem diretamente para a corrente sanguínea, levando energia vital ao corpo. O sistema endócrino fornece energia aos chakras e ao mesmo tempo devolve as energias sutis dos mesmos ao corpo.

O terapeuta reikiano impõe as mãos sobre pontos do corpo que concentram uma grande quantidade de energia, os quais são denominados pelos hinduístas como chakras. Podem ser chamados, também, de centros de força (BRENNAN, 1987). Segundo os ensinamentos reikianos (DE'CARLI, 2006) os chakras se dividem da seguinte forma: coronário, frontal, laríngeo, cardíaco, do plexo solar, sexual e básico. Podemos observar essa divisão na figura que segue abaixo.

Figura 1 – Representação dos 7 Chakras principais.



Fonte: solluamilfontes.

Diversas terapêuticas que trabalham com a energia do corpo, bem como antigas tradições de saber, apresentam outras denominações dos chakras, contudo o importante é o entendimento quanto às funções de cada um desses centros de força (DECARLI, 2006).

O Chakra básico está ligado ao nosso instinto de sobrevivência e a forma como nos portamos diante do mundo. Crê-se que esteja localizado entre os genitais e o ânus. O Chakra sexual localiza-se quatro dedos abaixo do umbigo. Relaciona-se à sexualidade, criatividade, sensações e sentimentos. O Chakra do plexo solar situa-se na região lombar, acima do umbigo. Está ligado à energia de vontade, poder, e ao nosso comportamento no mundo. O Chakra cardíaco está na região do tórax, entre a quarta e a quinta vértebra. Relaciona-se à doação, ao amor a si e ao próximo. O Chakra laríngeo está localizado na garganta. A sua função está ligada à inspiração, criatividade e comunicação. O Chakra frontal está entre as sobrancelhas. A sua energia refere-se à sabedoria interior, ao controle, à percepção, à intuição e à clarividência. Por fim, o Chakra coronário está situado no alto da cabeça. A sua função liga-se à espiritualidade (SORDI, 2008).

A transmissão de energias, através das mãos do terapeuta reikiano, tem por objetivo energizar cada um desses chakras, os quais se desarmonizam em decorrência de um estilo de vida desequilibrado. Pessoas que têm um alto nível de ansiedade, por exemplo, superestimulam o Chakra do plexo solar, o que pode ocasionar, inclusive, desordens no corpo físico, como a gastrite (DE'CARLI, 2006). Dessa forma, a prática da imposição das mãos do terapeuta reikiano traz benefícios para as dimensões biológica, psicológica e espiritual do paciente. É comum o relato de sensação de bem-estar, equilíbrio, tranquilidade, paz interior e diminuição de mal-estar, como dores e doenças (BRENNAN, 1987).

Muitos estudos têm buscado respostas que levem a uma melhor compreensão entre as conexões dos campos sutis das energias biológicas. Como a imposição das mãos pode gerar alterações biopsíquicas? Há estudos que indicam a relação dessas energias com as radiações infravermelhas (OSCHMAN, 2005). De toda forma, ressaltamos que a terapia Reiki não apresenta efeitos colaterais e não demanda muitos materiais para a sua realização. Basta que haja um espaço destinado para a prática do Reiki, uma sala, por exemplo, uma maca, ou cadeira, onde o paciente ficará, e, preferencialmente, música ambiente, que facilitará o processo de relaxamento da pessoa que recebe o Reiki (DE'CARLI, 2006). É necessário, também, a presença de um terapeuta reikiano habilitado, mediante um processo de iniciação, para participar dessa atividade.

Sabemos que o processo de iniciação em Reiki não é realizado de uma única maneira. De'Carli (2006), Sordi (2008), Moreira e Mattos (2003), percebemos que isso pode ocorrer de diversas formas, a depender do mestre de Reiki, se esse mestre está ligado a alguma associação de terapeutas reikianos, e da linha de Reiki em que a pessoa está sendo iniciada. Nesse estudo, abordaremos, especificamente, o Sistema Usui de Cura Natural, uma vez que fomos iniciados nessa linha. Observamos que, ainda que expressem pensamentos dissonantes em relação a alguns pontos, as diversas linhas de Reiki apresentam semelhanças com relação ao processo de iniciação. Em todas elas o nível I, também chamado “Despertar”, propicia ao iniciado transmitir a energia Reiki através das mãos. No nível II, é possível que o sujeito desenvolva um processo próprio de autocura, dos corpos emocional e espiritual. Esse nível também é conhecido por “Transformação” (MATOS, 2005). Nele o reikiano recebe os símbolos: cho-ku-rei, sei-he-ki e hon-sha-ze-sho-nen. Tratando resumidamente do significado desses três símbolos, podemos dizer que o primeiro refere-se à cura do corpo físico, o segundo ao equilíbrio emocional, e o último à harmonização espiritual. Vemos ainda que, nas iniciações de diversas linhas, comumente são transmitidas informações acerca do que sejam os chakras e as relações destes com os órgãos do corpo humano. No nível III-A o terapeuta se tornará capaz de efetuar curas

para grupos de pessoas. No III-B a pessoa se torna mestre e pode iniciar outros sujeitos (DE'CARLI, 2006).

Refletindo acerca dos princípios do reiki podemos pensar em maneiras de conduzir a nossa vida de forma saudável. O exercício da gratidão nos leva a perceber a beleza da vida e a nos darmos conta das diversas benesses as quais temos acesso no cotidiano. Aos sermos alegres e positivos nos mostramos mais dispostos a enfrentar as dificuldades do dia a dia, liberamos endorfina, e aumentamos as defesas do nosso organismo. Confiar remete ao ato de não nos martirizarmos com problemas para os quais a solução não está nas nossas mãos. Não se refere a uma postura de conformismo, e sim de aceitação de uma realidade que não pode ser alterada imediatamente, aliada à crença de que podemos transformar o nosso contexto. Fazer honestamente o nosso trabalho é sermos verdadeiros, primeiramente, conosco mesmos, prestando a nossa contribuição à sociedade na qual estamos inseridos, fazendo aquilo que nos cabe e que temos o prazer de fazer. O último princípio do Reiki, que nos convoca a respeitarmos o nosso semelhante e a tudo que vive, reflete uma ética de respeito à vida, nas suas mais diversas expressões, e em toda a sua diversidade (BRENNAN, 1987).

Mikao Usui instrui que todos esses ensinamentos devem ser praticados diariamente. Quer dizer que a plenitude dessa prática não será alcançada “da noite para o dia”, mas o exercício cotidiano faz com que internalizemos esses ensinamentos.

No Brasil, o Reiki tem sido adotado, em hospitais de grande renome, tal como o Hospital Sírio Libanês (2014). Em Fortaleza, é adotado como prática complementar de saúde em Ocas de Saúde Comunitária (CIRANDAS DA VIDA, 2010) e postos de saúde (CORDEIRO; SOUZA, 2013). Há ainda um espaço terapêutico e de formação situado na Universidade Estadual do Ceará (UECE), chamado Espaço Ekobé, o qual trabalha com a terapia Reiki, dentre outras práticas de saúde complementar. O Espaço Ekobé é fruto do projeto Cirandas da Vida, inserido na política da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CIRANDAS DA VIDA, 2010).

Destacamos o relato de caso de uma criança autista que apresentou diminuição de comportamento estereotipado e maior facilidade de relacionamento e comunicação após passar por três sessões de aplicação de Reiki (HEALTHY LIFE, 2013).

No Brasil, temos a experiência da Escola Parque Norte 210/211, situada na cidade de Brasília – DF. A prática desenvolvida na Escola Parque demonstra que o Reiki também surte bons resultados quando utilizado enquanto

ferramenta de apoio ao atendimento de alunos e profissionais que atuam no contexto escolar (MATOS, 2006).

Ao invés de estimular práticas repressivas, como castigos, a Escola Parque procura priorizar o diálogo e acolhimento dos alunos com dificuldade de relacionamento e aprendizagem. Concomitante a isso uma professora, que havia buscado o Reiki para se tratar de problemáticas que limitavam a sua atuação profissional, vindo, posteriormente, a se iniciar nessa terapia, começou a utilizar o Reiki em colegas de trabalho e alunos que solicitavam apoio. Após reunião com os professores, contando com o apoio da direção da escola, foi formalizado um projeto junto à Secretaria de Educação do Distrito Federal para o implemento da terapia na Escola Parque, o qual recebeu parecer favorável. Passou a utilizar a terapia Reiki no trabalho com alunos que demonstravam dificuldades relacionais (MATOS, 2006).

Os resultados surpreenderam, pois superaram as expectativas de todos na instituição escolar. A comunidade passou a se integrar mais. Os alunos atendidos apresentaram melhorias significativas, em um curto espaço de tempo (MATOS, 2006). Isso veio a reforçar a tese de que o processo educativo está para além de relacionamentos “racionalizados”, entre um professor que transmite determinado conteúdo e o aluno que precisa absorvê-lo. O ser humano também é marcado pelas emoções e vivencia uma condição espiritual.

Dessa forma, podemos perceber que o Reiki é uma terapia que promove o equilíbrio, a harmonização de energias e a cura integral do ser humano, pois ajudou a fomentar o processo de autoconhecimento de alunos e docentes da Escola Parque, sendo um catalisador do estabelecimento de práticas de diálogo pautadas na tolerância, de relacionamentos humanos saudáveis e consequente promoção de uma Cultura de Paz.

Vemos que são compreensíveis os resultados alcançados na Escola Parque Norte 210/211, uma vez que o reiki, além de promover alívio do mal-estar, propõe uma transformação no estilo de vida da pessoa, dado que é a forma pela qual nos comportamos no nosso cotidiano que gera os nossos desequilíbrios fisiopsíquicos. A experiência do projeto de reiki na Escola Parque demonstra que práticas que promovem as boas relações na escola são possíveis, exigindo-nos dedicação para que possam se concretizar. O estabelecimento de uma cultura de paz também é possível, sendo necessário que compreendamos os muitos significados da palavra paz e as propostas de ação em prol de um ambiente pacífico (MATOS, 2006).

Diante de um contexto em que percebemos um quadro de adoecimento físico e mental de docentes que atuam na educação básica, em função da

precarização das suas condições de trabalho (BATISTA, 2010), observamos que práticas que fomentam a paz na escola precisam ser pensadas e praticadas, o que permite que a prevalência de uma cultura de paz se construa no cotidiano.

2. ESTUDO SOBRE A VIABILIDADE DE ATENDIMENTO DA PRÁTICA INTEGRATIVA REIKI NO AMBIENTE ESCOLAR DO ENSINO MÉDIO:

A partir do levantamento do referencial teórico sobre a Prática Integrativa Reiki em uma unidade de ensino da educação básica aplicado ao corpo docente e discente e dos resultados satisfatórios quanto ao equilíbrio, harmonização de energias e o bem estar na realização das atividades pedagógicas será possível empreender um estudo sobre a viabilidade de atendimento da prática integrativa Reiki. Dessa forma, será implementado um projeto pedagógico estratégico na Unidade Escolar Cetep Bacia do Jacuípe Professor Luiz Carlos Araújo, que atende estudantes do Ensino Médio Profissionalizante da rede estadual de ensino, localizado no município de Ipirá/Bahia, através do programa EDUCA MAIS oferecido pela Secretaria de Educação do Estado da Bahia com a contratação de um profissional especializado em Reiki.

O projeto terá como objetivo a melhoria da aprendizagem a partir da utilização da prática integrativa Reiki que busca o equilíbrio, o bem-estar emocional e mental de alunos e educadores. As bases para o projeto incluem a aplicação de técnicas que promovam o relaxamento, reduzam a ansiedade e aprimorem a concentração, fatores essenciais para um ambiente escolar produtivo e acolhedor.

2.1 Estrutura do projeto:

- **Título:** “Reiki na Escola: Promovendo o Bem-Estar e a Aprendizagem”.
- **Justificativa:**
 1. Apresentar o Reiki como uma terapia integrativa, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e incorporada às Práticas Integrativas e Complementares (PICs) do Sistema Único de Saúde(SUS);
 2. Destacar que, ao equilibrar o campo energético, o Reiki promove o relaxamento, reduz a ansiedade e a tensão, e aumenta a sensação de bem-estar;

3. Explicar que o equilíbrio emocional e a redução do estresse podem melhorar o foco, a atenção e a capacidade de aprendizagem dos alunos.

- **Objetivos:**

- **Geral:** Implementar o Reiki na rotina escolar para melhorar o bem-estar físico e mental de toda a comunidade escolar, refletindo positivamente na aprendizagem.
- **Específicos:**
 - Treinar professores e funcionários na técnica do Reiki para que possam aplicar em si mesmos e nos alunos;
 - Oferecer sessões de Reiki em grupo ou individuais para alunos, professores e funcionários;
 - Proporcionar um ambiente escolar mais acolhedor, calmo e seguro;
 - Melhorar a concentração e a disciplina de adolescentes com dificuldades comportamentais ou emocionais.

- **Metodologia:**

- **Capacitação:**
 - Realizar um curso de Reiki nível 1 para professores e funcionários, habilitando-os a aplicar a técnica em si e nos outros;
 - Criar um manual de boas práticas para a aplicação do Reiki na escola;
 - Disponibilizar uma sala com os equipamentos necessários para a aplicação do Reiki.

- **Intervenção com alunos:**

- Identificar, com a ajuda de professores e psicólogos, alunos com dificuldades de concentração, ansiedade, agressividade ou apatia;

- Oferecer sessões de Reiki em grupo, em ambientes tranquilos como a sala de leitura;
 - Utilizar técnicas não invasivas, como a imposição de mãos à distância ou toques sutis no ombro e na cabeça.
- **Monitoramento:**
- Utilizar questionários de autoavaliação antes e depois das sessões para medir o bem-estar e a percepção de relaxamento dos participantes;
 - Realizar observações qualitativas sobre a melhora no comportamento e no desempenho dos alunos.
- **Recursos:**
- **Humanos:** Mestre de Reiki para o treinamento inicial, professores e funcionários capacitados;
 - **Materiais:** Colchonetes, almofadas, música ambiente relaxante.
- **Cronograma:**
- Mês 1:** Apresentação do projeto à direção e aos pais; contratação de um reiquiano capacitado; capacitação da equipe escolar;
- Mês 2:** Início das sessões de Reiki com a comunidade escolar e monitoramento;
- Mês 3 em diante:** Continuação das sessões e avaliação dos resultados.
- **Avaliação:**
- Análise dos resultados dos questionários e das observações;
 - Discussão com a equipe escolar e com os pais sobre os resultados percebidos;
 - Formulação de um relatório final para apresentar os resultados.

- **Considerações importantes:**

- É essencial a aprovação da direção da escola e o consentimento dos pais ou responsáveis para a participação dos adolescentes;
- O Reiki deve ser sempre apresentado como uma prática complementar e nunca como substituto de tratamentos médicos ou psicológicos;
- A inclusão dos funcionários e educadores é crucial para que o ambiente escolar como um todo se torne mais harmonioso, o que impacta diretamente os alunos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O Reiki enquanto prática terapêutica tem contribuindo para o bem estar social buscando o equilíbrio energético no sentido de oferecer uma saúde integral com qualidade que permita ao indivíduo um estado físico, mental e espiritual sem transtornos e melhor qualidade de vida. Desta forma espera-se que a implantação do projeto prática integrativa Reiki no Centro Territorial de Educação Profissional Luiz Carlos Araújo possibilite uma aprendizagem significativa na vida dos estudantes e de toda a comunidade escolar.

REFERÊNCIAS:

- BATISTA, J. B. V. **Síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental:** um problema de saúde pública não percebido. 2010. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- BRENNAN, B. A. **Mãos de luz:** um guia para a cura através do campo de energia humana. São Paulo: Pensamento, 1987.
- CIRANDAS DA VIDA. **Espaço Ekobé.** Fortaleza, 13 maio 2010. Disponível em: Acesso em: 21 set. 2025.
- CORDEIRO, L. R.; SANTOS, F. L. S. dos; PAIVA, R. A. R.; SILVA, M. M. da. Terapia Comunitária Juvenil: construindo a paz dentro e fora da escola. In: MATOS, K. S. L. de (Org.). **Cultura de paz, ética e espiritualidade III.** Fortaleza: Edições UFC, 2012. p. 418- 427.
- CORDEIRO, L. R.; SOUZA, A. M. A. **Reiki com profissionais de saúde:** iniciação de uma prática integrativa complementar para mudanças em níveis espiritual, profissional e pessoal. In: MATOS, K. S. L. de (Org.). **Cultura de paz, ética e espiritualidade IV.** Fortaleza: Edições UFC, 2013. p. 487-499.
- DE'CARLI, J. **Reiki Universal.** São Paulo: Editora Madras, 2006.

ESCOLA PORTUGUESA DE REIKI. **Os cinco princípios do Reiki.** [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.reiki.pt/reiki-5principios.php>. Acesso em: 21 jul. 2025.

HEALTHY LIFE. ABC news. Toronto: CityTV 04, set. 2013. Programa de TV

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Reiki.** São Paulo, 2014. Disponível em . Acesso em: 21 set. 2025.

MATOS, K. S. L. de. **Reiki, Sistema Usui de Cura Natural:** Reiki nível I e nível II, o despertar e a transformação. Fortaleza, 2005.

MATOS, K. S. L. Vivência de paz: o Reiki na Escola Parque 210/211 Norte – Brasília. In: BONFIM, M. do C. A.; MATOS, K. S. L. de (Org.). **Juventudes, cultura de paz e violência na escola.** Fortaleza: Edições UFC, 2006. p. 15-32.

MOREIRA, P. G.; MATTOS, L. F. **Reiki:** sistema Usui Shiki Ryoho. Michigan, 2003. Disponível em: <http://moodle.reikibr.org/projetoluz/wp-content/uploads/2019/04/Reiki-I05082003-te%C3%83rica.pdf>. Acesso em: 21 set. 2025.

NASCIMENTO, D. G. do. **O Reiki na escola:** educação e cultura de paz na escola estadual Professor Plácido Aderaldo Castelo/ Dário Gomes do Nascimento. – 2014.

NASCIMENTO, D. GOM. do. **O Reiki na Faced:** espiritualidade e cultura de paz no projeto de extensão de educação para a paz da Faculdade de Educação da UFC / Dário Gomes do Nascimento. – 2019.

OSCHMAN, J. L. Energy and the healing response. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 9, p. 3-15, 2005.

PETER, F. A. **Isto é Reiki:** das origens tradicionais japonesas ao uso prático:: cura para o corpo, a mente e o espírito. Tradução de Flávio Quintiliano; revisão técnica Jorge Vidal. - São Paulo: Pensamento, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde. Coordenadoria I de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Protocolo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:** Terapia Reiki. Disponível em: <https://www.ribeirao-preto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1397202305.pdf>. Acesso em 28 de out. de 2025.

SILVA, A. B. N.; SILVA, H. M. de M.; SANTOS, G. M. dos; SILVA, G. V. da; CABRAL, N. F. R. A.; AGOSTINHO, A. A. F. O Reiki no contexto da Educação Integral: um olhar sobre uma experiência de extensão. **Anais do 10. Congresso Nacional de Educação.** Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2024/TRABALHO_COMPLETO_EV200_MD1_ID9958_TB3716_27102024231330.pdf. Acesso em 28 de out. de 2025.

SORDI, B. K. T. de. **Reiki:** saúde, amor e desenvolvimento pessoal em nossas mãos. 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2008. <https://www.solluammilfontes.pt/os-7-chakras-cores-significados-e-dicas-para-equilibrar-cada-um/> Acessso em 21 set. de 2025.

A DESUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE FEMININA: DO VIÉS SISTÊMICO AO GASLIGHTING MÉDICO

Giovanna Venas Oliveira¹

Ana sempre teve medo de parecer fraca. Desde a adolescência, convivia com dores tão intensas que a faziam perder o ar, e chorar baixinho, sozinha, no banheiro. Quando procurava ajuda, os médicos diziam que era cólica comum, que “mulher sente dor mesmo”, e que aquilo passaria com o tempo. Passaram-se anos. As dores se tornaram mais frequentes, os remédios já não faziam efeito, e Ana começou a perder dias de trabalho. Foi apenas aos 28 anos, após desmaiar no serviço, que um exame mais detalhado revelou o que ela carregava havia quase uma década: endometriose em estágio avançado.

A endometriose é uma doença inflamatória em que o tecido que reveste o útero cresce fora dele, atingindo órgãos vizinhos, provocando dor e infertilidade. Estudos mostram que cerca de uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva é afetada, e que o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de sete anos, segundo uma coorte brasileira publicada no PubMed (ARRUDA *et al.*, 2003). Outro estudo nacional, do Hospital Israelita Albert Einstein (SZYLIT *et al.*, 2025), identificou que 34,2% das mulheres com dor pélvica crônica têm endometriose profunda. O atraso no diagnóstico, como afirma uma revisão no Acervo Saúde (ARAÚJO *et al.*, 2025), decorre da banalização da dor e do viés de gênero sistêmico, que historicamente associa o sofrimento feminino à “histeria” ou “fragilidade emocional”, em vez de a uma causa biológica legítima. Ana foi mais uma vítima dessa cegueira institucional: não foi o corpo que falhou, mas o sistema que não quis enxergá-lo.

Beatriz também conheceu o abandono mascarado de cuidado. Aos 26 anos, começou a sentir dores articulares, febre baixa e uma fadiga que não passava. Procurou ajuda, mas os diagnósticos iam de “virose” a “estresse”. Os meses se passaram até que um reumatologista solicitasse exames. O resultado revelou lúpus eritematoso sistêmico, uma doença autoimune em que o sistema imunológico ataca tecidos saudáveis. O lúpus pode afetar a pele, os rins, o coração e o sistema nervoso, e atinge nove mulheres para cada homem (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Doenças autoimunes representam um desafio silencioso da medicina. Em muitos casos, o problema não é a complexidade clínica, mas o preconceito institucional. É o que se convencionou chamar de “gaslighting médico”: a

¹ Estudante de Biologia da UEFS.

invalidação da experiência do paciente, que é levado a duvidar da própria percepção. Sintomas difusos e intermitentes, especialmente em mulheres, são rapidamente psicologizados, vistos como “coisas da cabeça” ou “ansiedade”. Beatriz descobriu tarde demais que não era nem uma coisa, nem outra. Era negligência.

Carla, por sua vez, viveu outro tipo de desumanização. Mulher de baixa renda, estudou apenas até o ensino fundamental e sempre acreditou no que o médico dizia. Quando engravidou, sonhou com um parto natural. Mas, ouviu repetidamente que o parto normal era “demorado e arriscado”, enquanto a cesárea seria “mais segura e prática”. No dia do parto, sem complicações, o médico decidiu pela cirurgia. Ela não entendeu o porquê, apenas assinou, com medo, o papel que colocaram em suas mãos. Dias depois, uma enfermeira confidenciou que o hospital estava sobrecarregado e os partos precisavam “andar mais rápido”.

A história de Carla ilustra a interseccionalidade da negligência. Sendo mulher de baixa renda e com menor escolaridade, sua autonomia foi duplamente anulada. A Organização Mundial da Saúde () aponta que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de abuso durante o parto. A violência obstétrica (SILVA *et al.*, 2021) é a transformação do corpo feminino em objeto de conveniência administrativa. Contudo, a história de Carla expõe uma complexidade que vai além do viés de gênero individual: ela revela a lógica estrutural e os incentivos do sistema. A obstetrícia moderna, em muitos hospitais, é regida por um modelo tecnocrático e produtivista. Um parto natural é demorado, imprevisível e demanda uma equipe dedicada por horas. Uma cesárea é rápida, agendável e, do ponto de vista da gestão, mais “eficiente” por otimizar o uso do centro cirúrgico e o “giro de leito”. O sistema de remuneração, que muitas vezes paga por procedimento e não por hora de cuidado, incentiva a intervenção. Nesse cenário, a médica que sugere a “praticidade” da cesárea, muitas vezes exausta após 24 horas de plantão e pressionada por metas, é tanto uma perpetuadora quanto uma vítima de um sistema que não prioriza o tempo biológico da mulher.

E a universalidade dessas experiências é o que mais assusta. As histórias de Ana, Beatriz e Carla, embora brasileiras, ecoam em consultórios médicos ao redor do mundo, indicando que o viés de gênero na medicina é uma epidemia global, e não um incidente isolado. No caso da endometriose, a jornada de Ana não é uma exceção. Um relatório histórico do parlamento do Reino Unido (APPG, 2020) revelou que o tempo médio de diagnóstico no país é de oito anos, ainda pior que o cenário brasileiro. O relatório concluiu que as mulheres são rotineiramente ignoradas e lhes é dito que a dor “está em suas cabeças”.

O caso de Beatriz também reflete uma estatística global. Nos Estados Unidos, a Associação Americana de Doenças Autoimunes (AARDA) aponta que 75% dos pacientes autoimunes são mulheres, e que, em média, esses pacientes levam de quatro a cinco anos e passam por quatro médicos diferentes antes de obter um diagnóstico correto (AARDA, 2022). O viés é tão profundo que os sintomas clássicos de infarto em mulheres (como náusea, fadiga extrema e dor na mandíbula) são frequentemente diagnosticados erroneamente como ansiedade, levando a taxas de mortalidade mais altas (CREA; LÜSCHER, 2019). O mecanismo central para que essa negligência ocorra tem um nome: *gaslighting* médico. Tate e Hogben (2024), em estudo seminal no BMJ, definem a prática como a invalidação das experiências dos pacientes, minando sua confiança na própria percepção. O estudo confirma que essa prática é mais comum contra mulheres e minorias, resultando em trauma e atraso no cuidado.

O “*gaslighting*”, como explorado por Stokes (2017), é inherentemente uma tática de poder e controle, onde a autoridade e o conhecimento técnico do profissional anulam a “experiência vivida” (*lived experience*) do paciente. Quando o paciente diz “eu sinto dor” e o médico diz “os exames estão normais”, a autoridade do exame invalida a sensação do paciente. Essa prática não é um erro individual, mas o sintoma de um “abismo de conhecimento” de gênero (*gender knowledge gap*), como argumenta Maya Dusenberry (2018). Em sua pesquisa Doing Harm, Dusenberry demonstra que o sistema de saúde, construído historicamente sobre um modelo androcêntrico (o corpo masculino como padrão), falha em reconhecer, ouvir e tratar o corpo feminino em sua especificidade. A dor de Ana é ‘histeria’ e a fadiga de Beatriz é “ansiedade” porque o próprio conhecimento médico é incompleto.

O escritor Walter Hugo Mãe escreveu que “humanizar é devolver o coração ao corpo que o perdeu”. A resposta para o sistema de saúde brasileiro não está apenas em mais tecnologia, mas em humanizá-la. O Brasil já possui um arcabouço legal robusto, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) (BRASIL, 2011) e a Política de Humanização. O desafio é a capilaridade: fazer com que a política saia do papel em Brasília e chegue na Ana, na Beatriz e na Carla, no consultório da UBS. Contudo, não basta esperar que a mudança venha apenas do Estado. É aqui que o empreendedorismo social e a inovação surgem como ferramentas cruciais de transformação. Se o sistema é lento, a sociedade civil precisa ser ágil. O empreendedorismo social aplica modelos de negócio sustentáveis para resolver problemas sociais. Na saúde feminina, isso se traduz em “FemTechs”: startups focadas em tecnologia para mulheres. Vemos hoje aplicativos que ajudam mulheres a rastrear sintomas complexos de endometriose, criando um banco de dados que o médico não pode

ignorar. Vemos plataformas que conectam pacientes a profissionais “verificados” por sua escuta empática e abordagem humanizada, criando um “selo de qualidade” no cuidado. Além da tecnologia, o empreendedorismo social se manifesta em novas arquiteturas de cuidado. Coletivos e ONGs surgem para oferecer amparo jurídico gratuito a vítimas de violência obstétrica. Doulas e “navegadoras de pacientes” atuam como empreendedoras que guiam a mulher pela burocracia do SUS ou do plano de saúde, garantindo que sua voz seja ouvida. Redes de apoio online validam a dor que o consultório invalidou, combatendo o isolamento de Beatriz e Ana.

Essas iniciativas não são caridade; são modelos de negócio que enxergam o que o sistema tradicional ignora: um "mercado" de mais de 100 milhões de mulheres no Brasil que demandam ser tratadas com dignidade. Elas geram impacto social ao mesmo tempo em que se viabilizam financeiramente, propondo soluções onde o Estado falha ou demora a chegar. Portanto, a "humanização" que o sistema de saúde precisa não é uma ação única do governo. É uma ação em rede, que une a força das políticas públicas (PNAISM) com a agilidade e a inovação do empreendedorismo social. Trata-se de fortalecer a capacitação de profissionais com abordagem de gênero; criar protocolos para doenças negligenciadas; e, ao mesmo tempo, fomentar e financiar as *startups* e ONGs que estão criando as soluções do amanhã. Cada Ana, Beatriz e Carla merece mais do que diagnósticos tardios e olhares frios. Merecem um cuidado que escute, que acolha, que cure. Um sistema que não vê a dor feminina como destino, mas como um chamado urgente por mudança.

REFERÊNCIAS:

- ALL-PARTY PARLIAMENTARY GROUP (APPG) ON ENDOMETRIOSIS. **Endometriosis in the UK: time for change.** London: APPG, 2020. Disponível em: <https://www.endometriosis-uk.org/sites/default/files/files/Endometriosis%20APPG%20Report%20Oct%202020.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- AMERICAN AUTOIMMUNE RELATED DISEASES ASSOCIATION (AARDA). **Autoimmune statistics.** Detroit: AARDA, 2022. Disponível em: <https://www.aarda.org/news-information/statistics/>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- ARAÚJO, M. F. do N.; FERREIRA, M. C. A. dos S.; PATRIOLA, A. F.; SANTANA, A. G. de L.; PASCOAL, I. M.; SILVEIRA FILHO, L. N.; ARRUDA, I. V. de; SILVA, N. R. F. da; SILVA, J. B. De O. Endometriose e seus desafios no diagnóstico e tratamento: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.15, n. 9, p. 1-8, 2025.

ARRUDA, M. S.; PETTA, C. A.; ABRÃO, M. S.; BENETTI-PINTO, C. L. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. **Hum. Reprod.**, Apr., v. 18, n. 4, p. 756-759, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. 1 ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82p.

CREA, Filippo; LÜSCHER, Thomas F. The two faces of Janus: sex-specific cardiovascular medicine. **European Heart Journal**, Oxford, v. 40, n. 28, p. 2307–2310, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz320>. Acesso em: 10 nov. 2025.

DUSENBERY, M. **Doing harm:** the truth about how modern medicine disregards women. New York: HarperOne, 2018.

MEDEIROS, M. M. das C.; BEZERRA, M. C.; BRAGA, F. N. H. F.; FEIJÃO, M. R. M. da J.; GOIS, A. C. R.; REBOUÇAS, V. C. do R.; CARVALHO, T. M. A. Z.; CARVALHO, L. N. S.; RIBEIRO, A. T. M. Clinical and immunological aspects and outcome of a Brazilian cohort of 414 patients with systemic lupus erythematosus (SLE): comparison between childhood-onset, adult-onset, and late-onset SLE. **Lupus**, v. 25, n. 4, p. 355-363, 2015.

SANTOS, M. P. da S.; SOUZA, B. C.; REZEBDE, K. T. A.; CHIRELLI, M. Q. Humanization of childbirth: challenges of the Apice On Project. **Ciência & Saúde**, v. 27, n. 5, p.1793-1802, 2022.

SILVA, E. L.; ANDRADE, M. E. A. de; CARVALHO, S. S. de L.; LEONHARDT, V.; BEZERRA, M. L. R. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **RSD Journal**, v. 10, n.15, e528101523275, 2021.

STOKES, P. Gaslighting: a tactic of psychological abuse. In: CLOUGH, Patricia (ed.). **The sociological review:** monograph. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2017. p. 111-125.

SZYLIT, N. A.; RAIZA, L. C. P.; LEAL, A. A. S.; PODGAEC, S. Epidemiology with real-world data: deep endometriosis in women of reproductive age. **Einstein**, São Paulo Journal, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2025.

TATE, Charlotte; HOBGEN, Matthew. Medical gaslighting: a qualitative study of patients' experiences and recommendations. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 33, n. 4, p. 230-238, 2024. Disponível em: <https://qualitysafety.bmjjournals.com/content/33/4/230>. Acesso em: 10 nov. 2025.

MAL DOS POETAS

Lara Leal Marques¹

Sou uma doença infecciosa
Por uma bactéria venho o mal causar
De pessoa a pessoa, posso ser transmitida
E através do ar
Atinjo os pulmões,
Mas outros órgãos posso afetar.

Por aerossóis me dissemino
E outras pessoas posso infectar
Causo tosse com secreção,
Com sangue e dificulto o respirar.
A desigualdade social
Auxilia no agravar (figura 1).

Falararam muito de mim e
Até ao amor vieram me associar.
Com os poetas românticos
Estive a me perpetuar
Não só pela cultura
Mas pelo “escarrar”².

Atingi figuras ilustres
Que não chegaram a resistir
Como Manuel Bandeira
Que veio a mim se referir
No poema “Pneumotórax”
Falando sobre o tossir.

Desde o século 19
Venho a me estabelecer
Nessa época era mais falada
Mas não deixei de ocorrer
De acordo com o DATASUS,
Foi em 2024 que mais pude crescer (figura 2).

1 Estudante de Biologia da UEFS.

2 Referência ao poema de Augusto dos Anjos.

No Brasil, tenho notificação compulsória
O que veio à saúde ajudar
Pois o plano de prevenção se estabeleceu
E puderam melhor me mapear
Observando que 147.003 óbitos
De 1996 a 2024, foi possível registrar (figura 3).

Mundialmente continuo a crescer
10 milhões de pessoas,
A cada ano, faço adoecer.
E 1 milhão de óbitos,
No mundo, vem a ocorrer.
Posso piorar a situação
Se me associar ao HIV.

Se está com suspeita
É melhor se cuidar.
Procure um médico
Para os exames adiantar
O diagnóstico pode ser feito
Através do teste rápido molecular.
Há outros testes ou exames
Mas só um profissional pode te auxiliar.

Por eu ter acometido muita gente,
O SUS fez sua parte para ajudar:
Disponibiliza o tratamento gratuito
Sendo diretamente observado para melhorar
Por isso faça a sua parte
Para logo se curar.

Desde o nascimento
Há como se prevenir
Com a vacina BCG (figura 4)
Há chance de me reduzir.
Mas se já houver infecção
Tente ao máximo diminuir
A partir do isolamento,
Higiene e até EPI.
Respeite ao próximo
E evite transmitir.

Não discrimine o doente
Ajude-o a progredir
Pois, sou a tuberculose
E posso fazer qualquer um “tossir”.

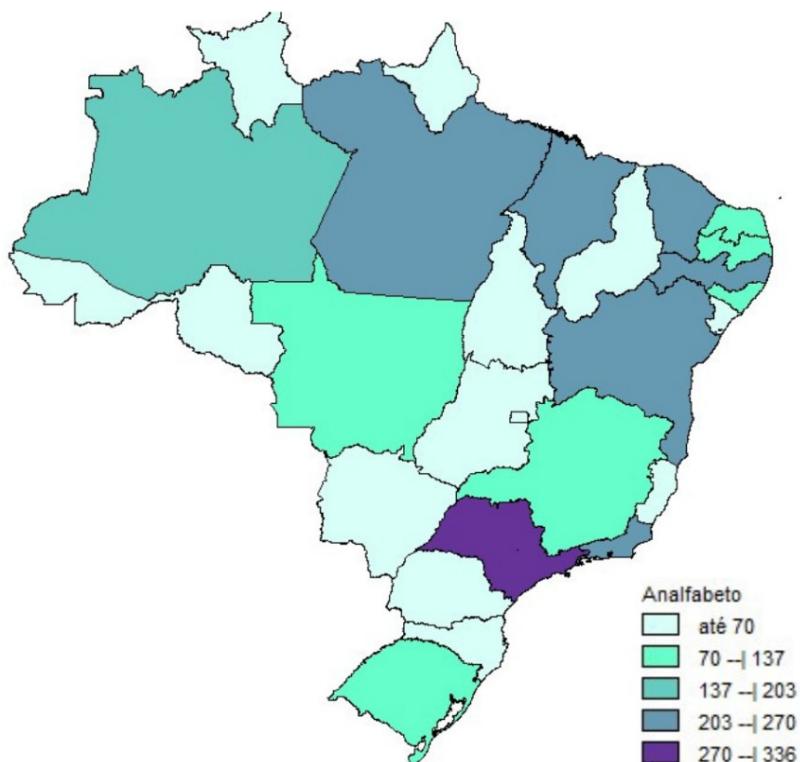
Com o empreendedorismo social
Também é possível me enfrentar,
Criando projetos coletivos
Que venham a ajudar,
Gerando emprego, informação
E esperança a semear.

Campanhas comunitárias
Podem logo se organizar,
Com apoio psicológico
E oficinas para ensinar,
Fortalecendo a autoestima
De quem precisa se cuidar.

Cooperativas solidárias
Podem também funcionar,
Unindo quem já sofreu comigo
E quer outros apoiar,
Mostrando que a união
É caminho para curar.

Assim, além da ciência
O ser humano pode brilhar,
Com inovação e cuidado
Para a vida preservar.
Pois o social e a saúde
Juntos podem me enfrentar.

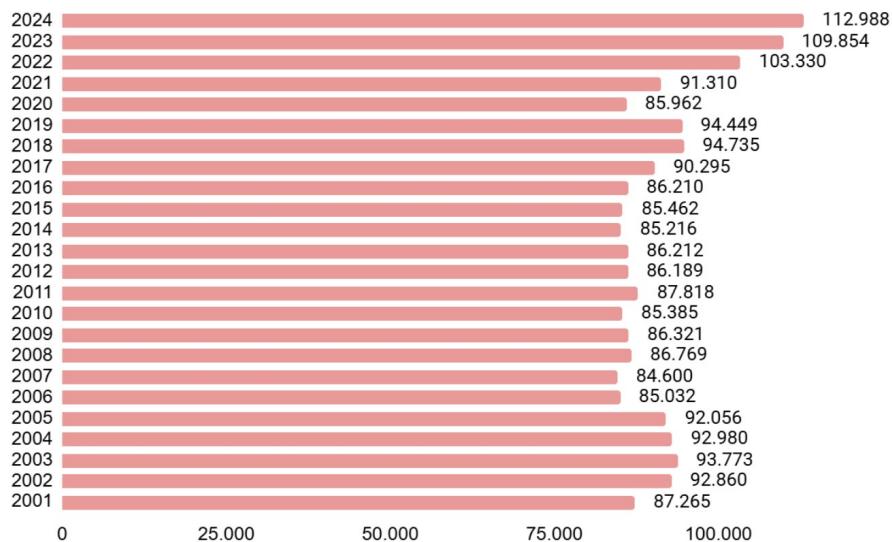
Figura 1 – Casos de tuberculose em indivíduos analfabetos segundo Unidade Federativa de notificação no Brasil, 2024.



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A figura 1 apresenta a distribuição dos casos confirmados de tuberculose entre pessoas analfabetas no ano de 2024, de acordo com a UF responsável pela notificação. As diferenças de tonalidade representam variações no número de casos registrados, permitindo identificar regiões com maior concentração da doença nesse grupo educacional. Observa-se que determinadas UFs exibem valores mais elevados, destacando desigualdades sociais e educacionais que influenciam a vulnerabilidade à tuberculose. A escala cromática à direita orienta a interpretação das faixas de valores utilizadas no mapa.

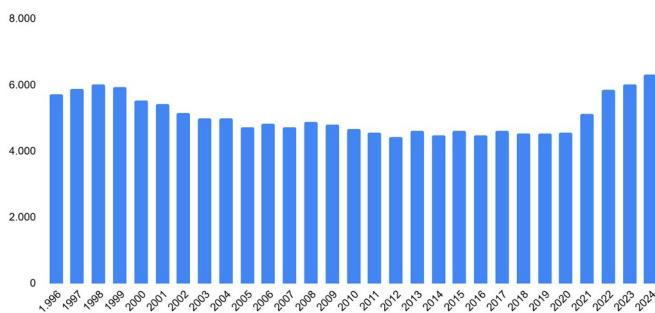
Figura 2 – Casos confirmados no Brasil segundo Ano Diagnóstico (2001 – 2024).



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A figura 2 mostra a distribuição do número de casos confirmados de tuberculose no Brasil, segundo ano de diagnóstico, no período de 2001 a 2024. Observa-se que, ao longo das duas primeiras décadas, os valores permaneceram relativamente estáveis, variando entre cerca de 84 mil e 93 mil casos anuais. A partir de 2018, há tendência de crescimento, com destaque para 2024, que apresentou o maior registro da série histórica (112.988 casos confirmados), seguido de 2023 (109.854). Esses dados refletem o aumento recente na notificação da doença e indicam a necessidade de intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle.

Figura 3 – Óbitos por residência por Ano do Óbito segundo Causa - CID-BR-10 (1996 - 2024) no Brasil.

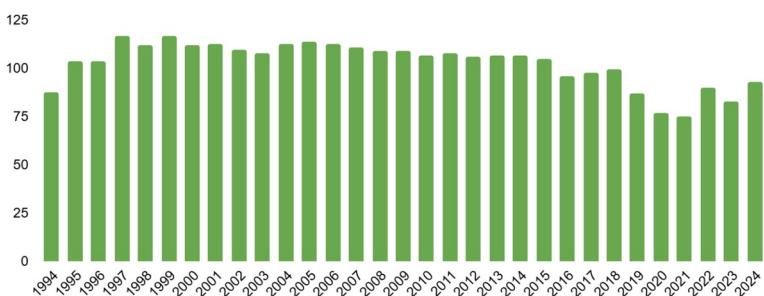


Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

A figura 3 mostra os óbitos por tuberculose no Brasil, segundo local de residência e ano do óbito, no período de 1996 a 2024, conforme classificação da CID-BR-10. Nota-se que, entre 1996 e o início dos anos 2000, o número de mortes permaneceu acima de 5 mil anuais, chegando ao pico em 1998 (6.031 óbitos). Nos anos seguintes, observou-se um declínio gradual, atingindo valores próximos a 4.400 mortes em 2014. A partir de 2020, verifica-se novo aumento expressivo, culminando em 2022 com 5.845 óbitos, em 2023 com 6.025 e em 2024 com 6.328, o maior valor desde 1998. Esses dados apontam para uma reversão na tendência de queda e reforçam a importância de estratégias de controle mais efetivas.

Figura 4 – Cobertura BCG por Ano (1994-2024) no Brasil.

Figura 4: Cobertura BCG por Ano (1994-2024) no Brasil



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

A figura 4 mostra a cobertura vacinal com BCG no Brasil, no período de 1994 a 2024. Observa-se crescimento contínuo da cobertura até o final da década de 1990, alcançando valores superiores a 110% entre 1997 e 2005, indicando possível superestimação devido a discrepâncias nos registros populacionais e de doses aplicadas. A partir de 2006, os índices mantiveram-se acima de 100% até 2015, quando iniciou tendência de queda progressiva. Entre 2019 e 2021, houve redução significativa, chegando a 75% em 2021, o menor valor da série histórica, possivelmente associada aos impactos da pandemia de COVID-19. Em 2022 e 2023, verificou-se discreta recuperação (90% e 83%), e em 2024 o índice alcançou 93%, ainda abaixo dos níveis históricos.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tuberculose** – casos confirmados – TabNet. 2025. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def>. Acesso em: 10 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por causas** – TabNet. 2025. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 10 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose** – Saúde de A a Z. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose>. Acesso em: 10 set. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis – Fact sheet**. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>. Acesso em: 10 set. 2025.

DESIGUALDADES REGIONAIS E SOCIAIS NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL

Maria Jullia Reis Araújo¹

1. INTRODUÇÃO:

O câncer de mama se estabelece como a neoplasia mais incidente em mulheres, tanto no Brasil quanto globalmente, e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é também a principal causa de morte por câncer nessa população. Sua natureza reside na proliferação desordenada e desregulada de células epiteliais no tecido mamário, culminando na formação de um tumor. Essa desregulação celular confere ao tumor a capacidade de invasão local e potencial metastático, sendo um desafio de saúde pública em escala mundial.

A etiologia do câncer de mama é complexa e tipicamente multifatorial, resultando da interação de fatores genéticos, ambientais e exposição a hormônios endógenos e exógenos. Dentre os fatores de risco não modificáveis, destacam-se o histórico familiar da doença e a idade avançada, com a incidência aumentando significativamente a partir dos 50 anos, somado a isso tem-se as mutações genéticas hereditárias, notadamente nos genes BRCA1 e BRCA2, conferem um risco elevado. Além disso, aspectos relacionados ao estilo de vida da mulher contemporânea exercem uma influência cada vez mais reconhecida na predisposição e no desenvolvimento da doença (ANDRADE *et al.*, 2024).

De acordo com as incidências do Instituto Nacional do Câncer, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as Regiões, com taxas mais altas nas Regiões Sul e Sudeste. Para cada ano do triênio de 2023 a 2025, foram estimados 73.610 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100 mil mulheres, o levantamento também confirmou a ideia de que a maior parte dos casos acontece em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos – e que a incidência da doença em homens é de apenas 1% entre todos os diagnósticos de câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). A região Nordeste apresenta 15.690 números de casos de câncer de mama em mulheres, sendo no estado da Bahia 4.230 casos com o maior número de casos em comparação aos outros estados analisados.

A alta incidência e prevalência do câncer de mama tornaram-no um dos principais desafios de saúde pública no país, destacando a necessidade de estratégias eficazes para sua detecção precoce e manejo (ANDRADE *et al.*, 2024).

¹ Estudante de Biologia da UEFS.

Diante disso, o rastreamento por meio dos exames de mamografia se apresenta como uma estratégia essencial para a detecção precoce, aumentando as chances de reabilitação e reduzindo a necessidade de tratamentos mais agressivos.

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é regulamentado pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que define as diretrizes para a realização de mamografias em mulheres assintomáticas. Essa estratégia tem como finalidade detectar precocemente alterações mamárias, favorecendo o diagnóstico em estágios iniciais da doença e, consequentemente, ampliando as possibilidades de tratamento eficaz e cura. O Ministério da Saúde também tem investido em programas de capacitação de profissionais e na ampliação da cobertura dos serviços de saúde para garantir o acesso a esses exames em todo o território nacional (ZANNETTI, 2023).

No entanto, apesar de sua relevância, a implementação dessa medida preventiva no Brasil é marcada por profundas desigualdades regionais e sociais, que refletem tanto a heterogeneidade do sistema de saúde quanto os determinantes sociais que influenciam o acesso e a qualidade da atenção em saúde. Este problema parece estar relacionado a dificuldades no acesso a esses exames, além de determinantes sociais, como baixa escolaridade, raça/cor da pele preta e parda e utilização do setor público de saúde (SCHÄFER *et al.*, 2021).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é discutir as desigualdades regionais e sociais no rastreamento do câncer de mama no Brasil, destacando como fatores socioeconômicos, geográficos e estruturais impactam diretamente o acesso das mulheres aos exames de mamografia. Busca-se compreender de que maneira essas disparidades se expressam entre diferentes regiões do país, bem como entre distintos grupos populacionais, e como elas influenciam a efetividade das políticas públicas de prevenção e diagnóstico precoce da doença.

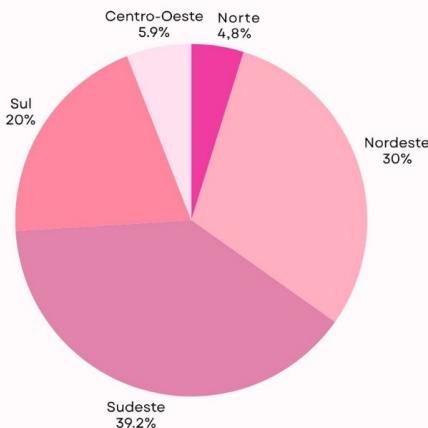
2. RASTREAMENTO NO BRASIL:

As desigualdades regionais sociais em relação ao rastreamento do câncer de mama no Brasil configura-se como um dos principais desafios para a efetividade das políticas públicas para detecção precoce da doença e tratamentos efetivos. Apesar da existência de diretrizes nacionais, como as diretrizes do Ministério da Saúde e de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta e o acesso aos serviços de mamografia variam entre as regiões brasileiras, seja por disparidades históricas em infraestrutura, distribuição de profissionais, investimento público e organização dos sistemas locais de saúde.

Segundo Filha *et al.* (2016), a cobertura de mamografia é significativamente maior nas regiões Sul e Sudeste, enquanto o Norte e o Nordeste apresentam os índices menores. Essa desigualdade acompanha o padrão de distribuição de infraestrutura e recursos do SUS, já que regiões mais desenvolvidas possuem maior número de exames mamográficos, profissionais especializados e unidades de saúde. Somado a isso, há ainda as diferenças estruturais, relacionadas às condições geográficas e logísticas que dificultam o acesso a determinadas áreas para a realização dos exames.

De acordo com o SISCAN/DATASUS (2025) a Região Sudeste apresenta proporção de mulheres que realizam a mamografia, com 39,2%, sendo a maior concentração em relação ao acesso aos exames. Concomitante a isso, Centro-Oeste (5,9%) e o Norte (4,8%) registram menores proporções (Figura 1).

Figura 1 – Percentual de mulheres que realizam mamografia por região do Brasil no ano de 2025.

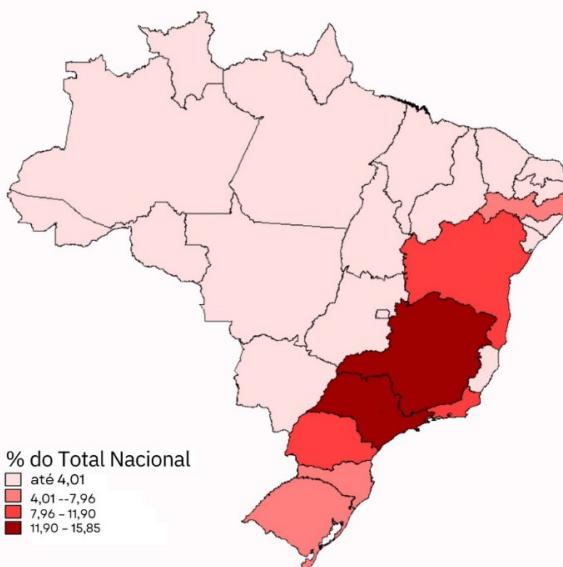


Fonte: DATASUS – Sistema de Informação do câncer SISCAN (colo de útero e mama).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018), evidencia dados referentes à Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, que reforça essa desigualdade ao demonstrar que a cobertura de mamografia foi de 67,9% no Sudeste, enquanto no Norte não passou de 38,7%. Esses valores permanecem similares aos mostrados em reavaliações mais atuais, demonstrando que a disparidade estrutural ainda não foi superada. Além disso, muitas unidades existentes em regiões menos favorecidas apresentam problemas de manutenção, baixa produtividade ou estão localizadas em centros urbanos distantes de comunidades rurais e ribeirinhas, dificultando o acesso às populações.

A cobertura de rastreamento como mostra dados do IBGE (2021), relata que o rastreamento pelo SUS ano de 2025 em todas as UF foi inferior a 12%, as maiores percentuais de cobertura (entre 11,90% e 15,85%) se concentram principalmente nos estados das Regiões Sudeste, Sul e Nordeste, como por exemplo em São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Bahia. Além disso, observa-se que as Regiões Norte e Centro-oeste apresentam a maior parte de suas UF com menores coberturas (entre 4,01% e 7,96%) (Figura 2).

Figura 2 – Percentual de mulheres que realizam mamografia pela UF (Unidade de Federação) do Brasil no ano de 2025.

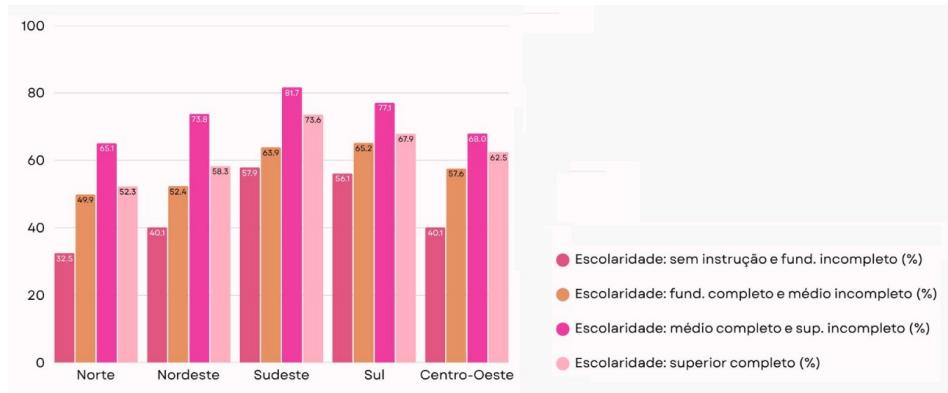


Fonte: DATASUS – Sistema de Informação do câncer SISCAN (colo de útero e mama).

Para além das diferenças territoriais, os determinantes sociais também desempenham parte nas desigualdades. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), fatores como renda e escolaridade influenciam diretamente o acesso ao rastreamento. Mulheres com ensino superior ou renda mais elevada têm muito mais probabilidade de realizar mamografia, enquanto aquelas com baixa instrução ou com baixo rendimento domiciliar apresentam os menores índices de cobertura, como demonstrado por Santos et al. (2023). Esses resultados evidenciam que a desigualdade educacional e econômica afeta diretamente o conhecimento sobre a importância da prevenção.

No Brasil, o acesso ao rastreamento de exames de mamografia mostram-se cada vez mais desiguais perante ao acesso das mulheres nas regiões do país, quando analisado o nível de instrução dessas mulheres é possível observar como é retratada essa desigualdade. Logo, quanto maior o nível de instrução maior o acesso aos exames mamográficos, por outro lado, as mulheres sem instrução ou com ensino fundamental incompleto apresentam baixa adesão à mamografia. De acordo com o IBGE (2021), o Sudeste apresenta índices superiores a 80% referente ao acesso a coberta de rastreamento de acordo com as mulheres com maior instrução, enquanto o Norte têm os menores percentuais em relação a mulheres com menor acesso sem escolaridade à mamografia (Figura 3).

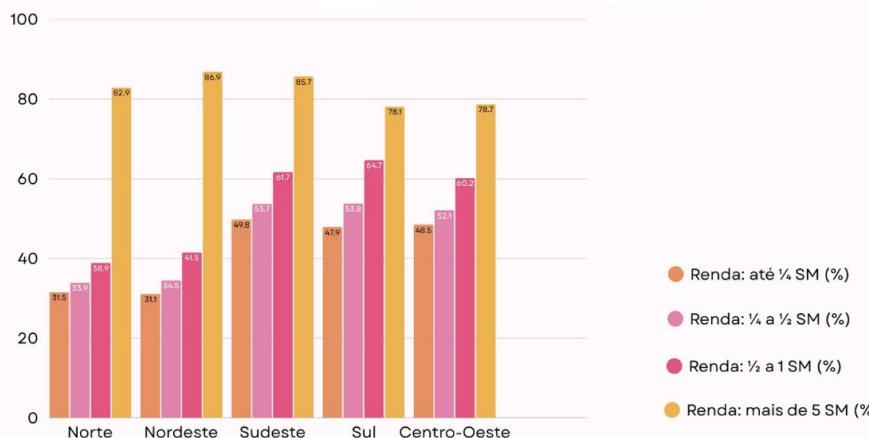
Figura 3 – Proporção de mulheres que realizaram exame de mamografia, segundo nível de instrução. Regiões do Brasil, 2021.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.

A desigualdade social é marcada também devido aos fatores socioeconômicos em relação ao rastreamento e cobertura de câncer de mama no país, observa-se que as mulheres com renda superior a 5 níveis mínimos são as que mais realizam mamografia em todas as regiões do país, ultrapassando ou próximo de 80% no Sudeste e Sul. Por outro lado, aqueles com renda de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo apresentam índices significativamente menores, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, onde a cobertura é inferior a 45%. Isso pode também estar relacionada ao acesso das mulheres a rede particular de exames, o que facilita a realização de mamografias, evidenciando ainda as desigualdades sociais e regionais perante ao acesso (Figura 4).

Figura 4 – Proporção de mulheres que realizaram exame de mamografia, segundo rendimento domiciliar. Regiões do Brasil, 2021.

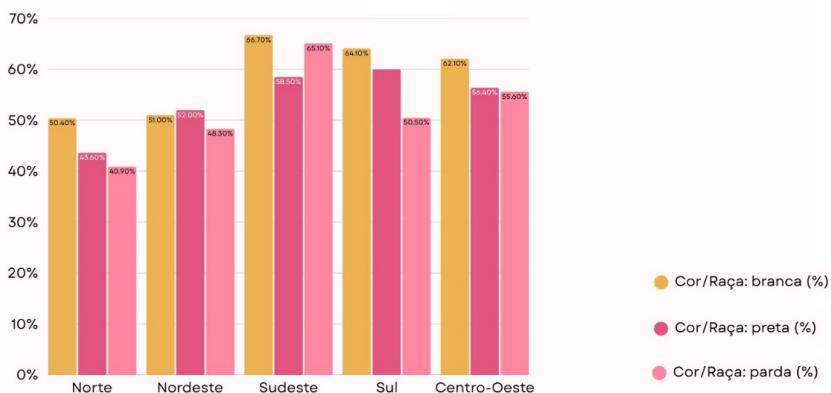


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.

Além das diferenças socioeconômicas, a desigualdade racial também se destaca como um marcador estrutural de desigualdade. Dados do INCA (2019) e análises recentes do DataSUS indicam que mulheres brancas realizam mais mamografias do que mulheres pretas e pardas, mesmo quando comparadas dentro de uma mesma região, mulheres que auto se declaram pretas tem acesso apenas 5,8% dos exames de rastreamento no país, que também têm maior probabilidade de receber o diagnóstico em avanços avançados da doença, refletindo uma combinação de racismo estrutural, desigualdade econômica e menor oferta de serviços em territórios predominantemente negros.

Paralelo a isso, os dados do IBGE (2021), considerando a variável cor ou raça das mulheres demonstra que o acesso à exames mamográficos não são igualitários entre os diferentes grupos raciais, de modo que evidencia as desigualdades históricas e estruturais no sistema de saúde brasileiro. Observa-se que as mulheres brancas apresentam as maiores proporções de realização do exame em todas as regiões, com destaque para o Sudeste (66,70%) e o Sul (64,10%). As mulheres pardas e pretas, por outro lado, apresentam menores percentuais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Figura 5).

Figura 5 – Proporção de mulheres que realizaram exame de mamografia, segundo cor/raça. Regiões do Brasil, 2021.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.

Além disso, a cobertura no rastreamento e acesso da mamografia no Brasil é profundamente marcada por desigualdades estruturais. As mulheres mais vulneráveis, negras, pobres, com baixa escolaridade e residentes em regiões menos desenvolvidas, são as que mais enfrentam dualidades ao acesso. O enfrentamento dessa realidade exige políticas públicas integradas que considerem os determinantes sociais da saúde, ampliem a infraestrutura do SUS, promovam a equidade racial e garantam que o rastreamento seja um direito acessível a todas as mulheres. Embora o país disponha de políticas públicas externas ao diagnóstico precoce, como as diretrizes do Ministério da Saúde e de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetividade desses programas ainda está comprometida por disparidades persistentes.

3. EMPREENDEDORISMO SOCIAL E SAÚDE COLETIVA – MEDIDAS PARA REDUZIR DESIGUALDADES NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA:

Embora existam políticas públicas voltadas ao rastreamento e à detecção precoce, ainda persistem profundas desigualdades regionais e sociais que comprometem a efetividade dessas ações. Essas desigualdades refletem tanto

as limitações estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto a influência dos determinantes sociais da saúde, como renda, escolaridade, raça e território, que interferem diretamente no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento. Diante dessa realidade, propõe-se um plano de ação que associa os princípios da saúde coletiva ao empreendedorismo social, com o intuito de promover e ampliar o acesso equitativo ao rastreamento do câncer de mama em comunidades com baixa cobertura.

O plano, intitulado “Mulheres Conectadas pela Vida”, tem como objetivo principal promover o acesso aos exames de mamografia, articulando ações educativas, sociais e empreendedoras que integrem saúde, tecnologia e protagonismo comunitário, sendo assim o eixo fundamental do plano é o fortalecimento das parcerias entre instituições públicas e privadas, incluindo clínicas, universidades e empresas de diagnóstico, com o intuito de viabilizar o uso de unidades móveis de mamografia em regiões com menor infraestrutura. Essas unidades itinerantes possibilitam o rastreamento em locais afastados, diminuindo as barreiras geográficas e garantindo atendimento às populações mais vulneráveis. Para ampliar o alcance da iniciativa, propõe-se ainda o desenvolvimento de uma plataforma digital de apoio e rastreamento, que funcione como um canal de comunicação entre os usuários e os serviços de saúde, de modo que permitirá o agendamento de exames, com o uso de lembretes sobre os agendamentos e o acesso a materiais educativos, tornando o processo mais acessível e eficiente.

Espera-se que, com a implementação desse plano de ação, seja possível aumentar o número de mulheres que realizam mamografia nas regiões mais vulneráveis, promover a conscientização sobre a importância da detecção precoce e fortalecer o protagonismo feminino na promoção da saúde coletiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A análise das desigualdades regionais e sociais no rastreamento do câncer de mama no Brasil evidencia que, embora existam políticas públicas e programas de saúde voltados à detecção precoce, ainda persistem barreiras significativas para as mulheres no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos. Essas desigualdades estão relacionadas aos determinantes sociais da saúde, como renda, escolaridade, raça e localização geográfica, que influenciam diretamente na realização da mamografia, no diagnóstico precoce e no tratamento adequado.

Regiões mais desenvolvidas, especialmente o Sul e o Sudeste, apresentam melhores indicadores de cobertura e estrutura assistencial, enquanto o

Norte e o Nordeste enfrentam maiores dificuldades, reflexo de desigualdades históricas na distribuição de recursos e infraestrutura de saúde. Além disso, fatores como baixa escolaridade, pobreza e racismo estrutural agravam as desigualdades de acesso, comprometendo a efetividade das políticas de rastreamento.

Portanto, reduzir essas desigualdades exige mais da ampliação de serviços e requer políticas públicas integradas que considerem o contexto social e territorial das mulheres, garantindo equidade na assistência. Priorizando investimentos em educação em saúde, fortalecimento da atenção primária, descentralização de serviços diagnósticos e estratégias de busca ativa, sendo essas ações fundamentais para que o rastreamento do câncer seja efetivo na redução da mortalidade e na promoção da saúde.

Em suma, o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais no rastreamento do câncer de mama representa desafios técnico e político, que demanda o compromisso contínuo do Estado e da sociedade com o direito à saúde de todas as mulheres brasileiras.

REFERÊNCIAS:

ANDRADE, G. P. de; MARTINUSSI, L.; PALAORO, G. S.; ROCHA, A. S. da; VALE, J. L. do; DANTAS, E. B. da S.; MARTINS, J. O.; SANTOS, A. A. dos; KATO, E. K. O.; OLSEN, V. M.; DIAS, E. S.; CARVALHO, L. B. P. R.; NEPOMOCENO, V. dos S.; VIEIRA, Â. M. A. Câncer de mama no Brasil: um estudo sobre os impactos dos programas de rastreamento na atenção primária. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 6, n. 12, p. 1788–1800, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2024*. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

KOMEN FOR THE CURE. *Como os hormônios afetam o câncer de mama*. Trad. por Instituto Espaço de Vida. São Paulo: Instituto Espaço de Vida, 2009/2010.

OLIVEIRA SANTOS de, M. Estimativa 2018: A incidência de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018.

SANTOS, E. F. S.; MONTEIRO, C. N.; VALE, D. B.; LOUVISON, M.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A. Social inequalities in access to cancer screening and early detection: A population-based study in the city of São Paulo, Brazil. *Clinics* (São Paulo). Jan., E100160, 2023.

SARTORI, A. C. N.; BASSO, C. S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. **PERSPECTIVA, Erechim**, v. 43, n. 161, p. 7-13, 2019.

SCHÄFER, A. A.; SANTOS, L. P.; MIRANDA, V. I. A.; TOMASI, C. D.; SORATTO, J.; QUADRA, M. R.; MELLER, F. O. Desigualdades regionais e sociais na realização de mamografia e exame citopatológico nas capitais brasileiras em 2019: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2021172, 2021.

SILVA, G. A e; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; AQUINO, E. M. L.; TOMAZELLI, J. G.; dos-SANTOS-SILVA, I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1537-1550, 2014.

THEME FILHA, M. M.; LEAL, M. D.; OLIVEIRA, E. F.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; GAMA, S. G. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. **Int J Equity Health**. 2016 Nov 17;15(1):136.

ZANNETTI, A. Breast Cancer: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches 2.0. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 24, n. 3, p. 2542-2542, 2023.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR HIV/AIDS NA BAHIA

Nathálya Daltro Gonçalves do Nascimento¹

1. INTRODUÇÃO:

Segundo o Ministério da Saúde, AIDS é a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e ocorre quando o Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV, não é tratado, evoluindo para um estágio mais avançado. A identificação da AIDS ocorreu em 1981 e se tornou um marco na história da humanidade e uma epidemia global, destacando-se como uma das principais enfermidades infecciosas pois, está relacionada com altas taxas de mortalidade sendo considerada uma doença de alta magnitude ocasionando uma série de danos à população (BRITO; CASTILHO; SZWARCWALD, 2001). No Brasil, o primeiro caso da AIDS foi registrado no ano de 1982 e a sua rápida disseminação demonstrou as fragilidades presentes no sistema de saúde e a necessidade de políticas públicas mais eficientes. Com a criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, em 1986, o Brasil deu início a prevenção, diagnóstico e acompanhamento da doença, além de disponibilizar de forma gratuita medicamentos.

Mundialmente, aproximadamente 79,3 milhões de pessoas já se infecionaram com estes vírus e 36,2 milhões morreram, entre os anos de 1981 a 2021. No Brasil, aproximadamente 960 mil pessoas vivem com AIDS, os PVHA (pessoas que vivem com HIV/AIDS). Dentro deste grupo, 89% têm diagnóstico, 77% utilizam a terapia antirretroviral, e os diagnósticos anuais são de aproximadamente 36,8 mil (GRECO, 2016; MUNIZ; BRITO, 2023).

Segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), a epidemia de HIV no Brasil é do tipo concentrada, afetando desproporcionalmente grupos específicos da população, isto ocorre de maneira semelhante em países como Sudão e Tailândia. Em Contrapartida, o autor também afirma que ao longo dos anos esta epidemia sofreu inúmeras transformações e uma delas é no seu caráter epidemiológico, deixando de atingir apenas pessoas do gênero masculino que se relacionavam com os outros homens e pacientes hemofílicos e atingindo também pessoas com práticas sexuais heterossexual, principalmente as mulheres. De acordo com Muniz e Brito (2023), os diagnósticos, medicamentos e tratamentos são os principais responsáveis pela baixa da mortalidade garantindo a sobrevida dos pacientes, além de classificar o HIV como uma doença que apresenta longa duração e avançam lentamente, assim, denominada com uma doença crônica.

¹ Estudante de Biologia da UEFS.

Atualmente ainda existe uma problemática relacionada com está epidemia, principalmente com o seu diagnóstico. O preconceito é uma das principais barreiras da procura do diagnóstico e tratamento, pois ainda há uma discriminação e exclusão por parte da população com as pessoas apresentam resultado positivo para o HIV tendo como resultado um diagnóstico tardio ocasionando estágios mais avançados. Isto contribui de maneira significativa com a transmissão da doença e aumento de complicações clínicas (CRUZ; DARMONT; MONTEIRO, 2021).

2. OBJETIVOS:

O presente trabalho teve como objetivo analisar as taxas de mortalidade por HIV no Brasil, com enfoque no estado da Bahia.

3. METODOLOGIA:

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito da mortalidade por HIV/AIDS no Brasil, com ênfase na Bahia, no período de 2014 a 2024. Realizou-se busca na base de dados do Scielo, PubMed e Google Scholar utilizando os termos: “HIV/AIDS”, “HIV mortalidade” e “HIV Bahia”. A coleta dos dados quantitativos foi realizada no DATASUS, por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nele foram extraídos indicadores de óbitos e taxas de mortalidade por 100 mil habitantes, considerando as variáveis faixa etária, sexo e raça/cor.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A distribuição geográfica dos óbitos por HIV a cada 100 mil habitantes por unidade da federação entre os anos de 2014 e 2024, demonstra as mudanças significativas no comportamento epidemiológico da doença.

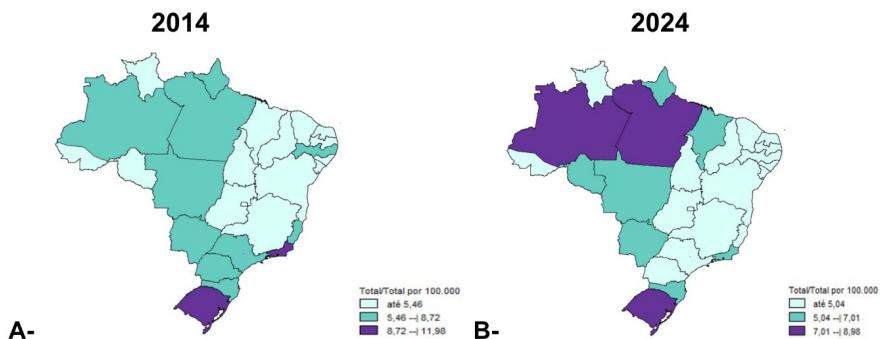
Em 2014 (Figura 1-A), observa-se maior concentração dos óbitos na região Sul, com destaque para o Rio Grande do Sul, e a região Sudeste, com destaque para São Paulo, com taxas que variam de 8,72 e 11,98 óbitos por 100 mil habitantes. Em contrapartida, os estados da Região Norte e Nordeste apresentam taxas baixas e intermediárias de óbitos, indicando menor mortalidade.

No ano de 2024 (Figura 1-B), houve uma manutenção das altas taxas do Sul, que concentram-se principalmente no Rio Grande do Sul, que variam de 7,01 e 8,98 óbitos por 100 mil habitantes. Alguns estados do Norte, como Amazonas e

Perfil epidemiológico dos óbitos por HIV/AIDS na Bahia
Nathália Dalto Gonçalves do Nascimento

Pará obtiveram aumento expressivo de mortalidade. A região Nordeste manteve as menores concentrações de óbitos pelo HIV.

Figura 1 – Distribuição geográfica da mortalidade por HIV por unidade da federação a cada 100 mil habitantes nos anos de 2014 e 2024.



Fonte: DATASUS/SIM.

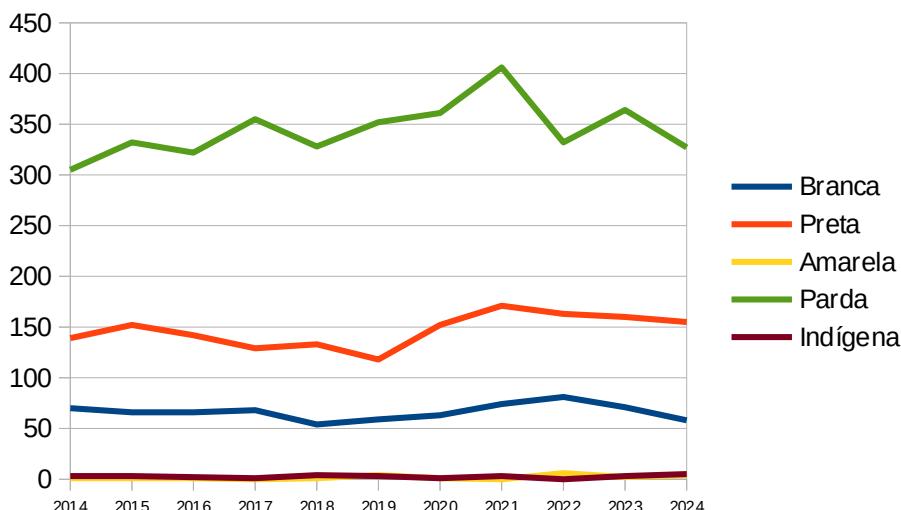
As altas concentrações no Sul e Sudeste no ano de 2014, evidenciam uma característica histórica do Hiv, no qual ele se concentrava nos grandes centros urbanos, por conta das características socioculturais que envolvem o comportamento sexual, como o uso de substâncias psicoativas injetáveis, maior número de parceiros sexuais e a negligência no uso de preservativos. O aumento da quantidade de óbitos em mais estados do país, passando a se concentrar também nas regiões Nordeste e Norte, além da região Sul, demonstra uma transformação do perfil da Aids no Brasil onde ocorre processo de interiorização, no qual a doença se dissipa a municípios pequenos e médios, e expansão da epidemia para áreas antes menos afetadas (BRITO; CASTILHO; SZWARCWALD, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, dos óbitos registrados por HIV no Brasil no ano de 2023, 61,7% foram de pessoas negras, no qual 47% eram pardos e 14,7% pretos e 35,6% eram brancos. Dados mais atualizados do Ministério da Saúde, indicam que no ano de 2023, 63,2% dos casos de infecção ocorreram em pessoas pretas e pardas. Assim como no panorama geral do Brasil, na Bahia as maiores proporções de casos se concentram nas populações pretas e pardas, sendo representado por 63,2% no ano de 2023 (BRASIL, 2024).

Os dados do DATASUS/SIM que montam a série histórica dos óbitos na Bahia entre 2014 e 2024 por raça/ cor (Figura 2), revela os óbitos entre as

pessoas pardas mantêm-se significativamente superiores aos demais grupos, ultrapassando a marca de 300 a 400 registros anuais. A população preta apresenta uma tendência estável que varia de 100 a 200 óbitos anuais. A população branca mantém taxas baixas, porém superior a população indígena. Por fim, a população amarela apresenta variações bruscas ao longo do período.

Figura 2 – Óbitos por HIV, segundo raça/cor da pele, Bahia, 2014-2022.



FONTE: MS/SVSA/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

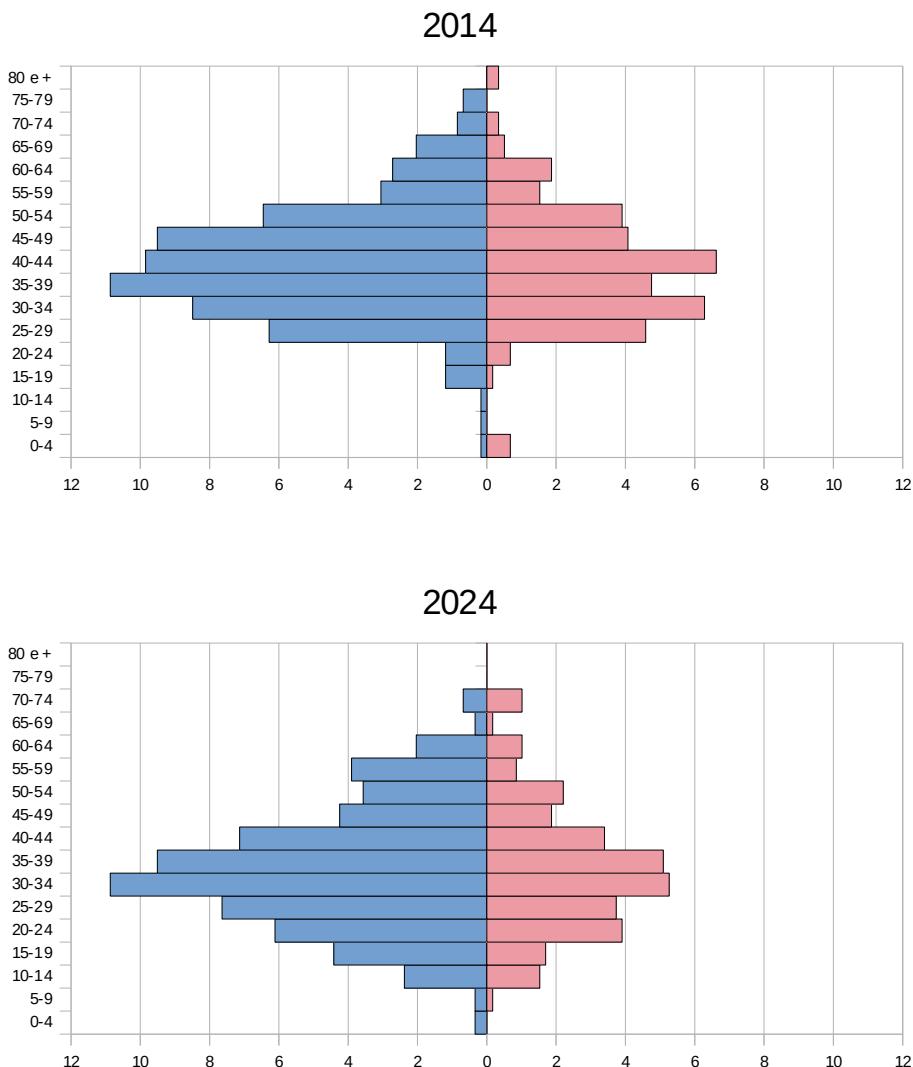
A análise de mortalidade por HIV no estado da Bahia por raça/cor, reforçando o padrão demográfico da população baiana, que majoritariamente é composta por pessoas pele parda e preta. Em contrapartida, destaca a persistência das desigualdades sociais no perfil epidemiológico da doença, refletindo as condições socioeconômicas desiguais e do acesso aos diferentes serviços de saúde, tendo em vista que a soma de óbitos entre pessoas pretas e pardas destacam que a mortalidade ainda se concentra em grupos racializados, já que historicamente a população negra tem menos acesso aos serviços sociais (BATISTA *et al.* 2023).

Na Bahia em 2014 (Figura 3), assim como em 2024 (Figura 3), observou-se as maiores concentrações de óbitos nas faixas etárias de 30 a 49

Perfil epidemiológico dos óbitos por HIV/AIDS na Bahia
Nathálya Daltro Gonçalves do Nascimento

anos, tanto entre o sexo masculino quanto o feminino, mas com predominância de óbitos no sexo masculino.

Figura 3 – Óbitos por HIV, segundo sexo e faixa etária, Bahia, 2014 e 2024.



FONTE: MS/SVSA/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.
OBS.: O sexo masculino está representado em azul e o feminino em rosa.

Esse padrão é uma representação do histórico da disseminação do HIV no mundo, no qual, afetou de maneira mais intensa homens jovens em idade economicamente ativos, e que estão expostos a comportamentos de risco, como relações sexuais sem uso de preservativos. Além, das questões socioculturais, como resistência ao diagnóstico e baixa procura por serviços de saúde.

O aumento de óbitos no sexo feminino no ano de 2024, é um indicativo do processo de feminização, no qual a mortalidade não se concentra apenas nos homens, mas também nas mulheres. De acordo realizado por Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), esse fenômeno ocorre porque a via de transmissão mais importante atualmente no Brasil, é a heterossexual. Essa via apresentou aumentos significativos na transmissão do HIV, contribuindo de maneira significativa para o aumento dos casos nas mulheres.

5. CONCLUSÃO:

A análise dos dados do DATASUS e da literatura mostra que, entre 2014 e 2024, o Brasil avançou no controle da mortalidade por HIV, mas as desigualdades regionais permanecem. Na Bahia, as taxas se mantiveram estáveis, com maior impacto entre adultos, indicando os estigmas que ainda existem entre os homens, tendo em vista que eles são os mais afetados pela doença. Assim, apesar dos progressos, o enfrentamento ao HIV ainda exige políticas contínuas, territorializadas e integradas, capazes de reduzir desigualdades e garantir cuidado de qualidade a todas as pessoas afetadas.

6. EMPREENDEDORISMO SOCIAL:

6.1- DEFINIÇÃO:

O empreendedorismo social é uma prática para criar, desenvolver e sustentar iniciativas inovadoras para o enfrentamento de problemas sociais, como a pobreza e as suas diversas expressões sociais (PARKER; CAMARGO JR, 2000). Promovendo transformação social, inclusão e desenvolvimento sustentável (DESS *et al.*, 2003). O empreendedor social é capaz de reunir os recursos de individuais, privados e coletivos para viabilização do desenvolvimento e a implantação de soluções para os problemas sociais caracterizados com crônicos, causando um impacto positivo na sociedade (BOSE, 2013). Para o enfrentamento do HIV/AIDS, essa nova abordagem do empreendedorismo tem a capacidade de desempenhar um papel importante para a criação de soluções que auxiliem na ampliação do acesso à informação, e consequentemente reduzindo o estigma existente a respeito da doença e fortalecendo as pessoas que convivem com o vírus.

Atualmente no Brasil, existem alguns projetos de empreendedorismo social voltados para pessoas que vivem com o diagnóstico do HIV/AIDS (UNAIDS, 2021). Alguns desses, é o Projeto Bonecas de Pano, apoiado pelo Movimento Nacional das Cidadãs PositHiVas que faz parte do programa da ONU voltado para mulheres que vivem com HIV. No qual, 35 mulheres que vivem com HIV são treinadas e financiadas na costura, artesanato e comercialização de bonecas de pano como uma maneira de geração de renda. Outro é o Projeto Prevenção em todas as ondas, criado pelo CRIAR BRASIL e apoiado pelo Fundo PositHiVo. Este projeto tem como objetivo realizar campanha audiovisual junto a comunidades periféricas e redes sociais com o foco em prevenir e tratar o HIV/AIDS.

6.2- NOVAS IDEIAS:

Hoje em dia as pessoas ainda evitam compartilhar seus diagnósticos até mesmo com seus familiares e amigos por conta dos preconceitos e estigmas existentes na sociedade em torno do assunto. Isto ocorre, por conta da fraca popularização das informações e conhecimentos a respeito da doença. Desta maneira, o empreendedorismo social pode criar projetos para disseminação do conhecimento e que de alguma forma gere renda para essas pessoas.

Um desses projetos pode ser direcionado para a área de comunicação social que visa dar voz, espaço e combater o estigma social através do diálogo. Fazendo campanhas educativas em diversos âmbitos da sociedade sobre o tema utilizando uma linguagem acessível e inclusiva, dando destaque aos PVHA em *podcast*, vídeos, documentários, nas redes sociais e escolas através de palestras e oficinas. Essa iniciativa além de propagar informações relevantes, será também um meio de formação de novos comunicadores, de liderança comunitária e empoderamento de pessoas soropositivas.

A segunda proposta é uma iniciativa de empreendedorismo social em saúde que promova autocuidado, autoestima e qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. O projeto busca ultrapassar o tratamento clínico, cuidando também dos aspectos emocionais, oferecendo um espaço de bem-estar. As atividades desenvolvidas incluem oficinas de Yoga, dança, meditação e rodas de conversa sobre saúde emocional. Estimulando a consciência corporal, redução do estresse e fortalecimento da autoestima.

Ambos os projetos destacam que o enfrentamento do HIV/AIDS precisa ir além do tratamento clínico, englobando também a dimensão social e emocional. A promoção de espaços de acolhimento, aprendizado e que dar espaço e voz para essas pessoas contribuem de forma significativa para o rompimento do estigma e da exclusão.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, J. F. C.; OLIVEIRA, M. R.; PEREIRA, D. L. M.; MATOS, M. L. S. da S.; SOUZA, I. T. de; MENEZES, M. O. Distribuição espacial e tendência temporal da AIDS no Brasil e regiões entre 2005 e 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230002, 2023.
- BOSE, M. **Empreendedorismo social e promoção do desenvolvimento local**. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS/HIV**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/aids-hiv>. Acesso em: 12 set. 2025.BRASIL. Ministério da Saúde. Bahia registra queda nas mortes por aids entre 2013 e 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/bahia/2024/dezembro/bahia-registra-queda-nas-mortes-por-aids-entre-2013-e-2023>. Publicado em 20/12/2024. Acesso em: 20 nov. 2025.
- BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, p. 207-217, 2001.
- CRUZ, M. L. S.; DARMONT, M. de Q. R.; MONTEIRO, S. S. HIV-related stigma among young people living with HIV transitioning to an adult clinic in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2653-2662, 2021.
- DESS, G. G.; IRELAND, R. D.; ZAHARA, S. A.; FLOYD, S. W.; JANNEY, J. J.; LANE, P. J. Emerging issues in corporate entrepreneurship. **Journal of Management**, v. 29, n. 3, p. 351-378, 2003.
- GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1553-1564, 2016.
- MUNIZ, C. G.; BRITO, C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? **Saúde em Debate**, v. 46, p. 1093-1106, 2023.
- PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S89-S102, 2000.
- UNAIDS. **Ações de empreendedorismo social selecionadas pelo Fundo Solidário do UNAIDS começam a implementar atividades**. UNAIDS, 24 ago. 2021. Disponível em: <https://unaids.org.br/2021/08/acoes-de-empreendedorismo-social-selecionadas-pelo-fundo-solidario-do-unaids-comecam-a-implementar-atividades/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

VOLUNTÁRIA INTERNACIONAL: DE PSICÓLOGA A VOLUNTÁRIA EM UMA VIDA COMPARTILHADA E TRANSFORMADORA

Rebeca Ribeiro Ferreira¹

1. INTRODUÇÃO:

Sou psicóloga graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 2022 e atuo como voluntária internacional na área de saúde e cuidados especiais. No momento, resido no Reino Unido com o visto *Charity Worker (Tier 5)* e colabro com a *Beannachar Camphill Community*, na Escócia. Neste ensaio, compartilho minha experiência atuando como agente de saúde e cuidados especiais para pessoas com deficiências mentais e dificuldades de aprendizagem.

2. MINHA JORNADA PROFISSIONAL E VOLUNTÁRIA:

Desde a infância, sempre tive o anseio de viver em lugares diferentes. A vida rotineira e pacata do populoso bairro do Feira X em Feira de Santana, Bahia, Brasil, onde morei por 24 anos, nunca me envolveu com o sentimento de pertencimento. Enquanto bacharel em Psicologia, eu sempre tive o anseio de atuar na área de saúde mental e viver imersiva em diferentes culturas, assim pensei: Porquê não atrelar esses dois sonhos?

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) sem dúvida foi o meu maior presente nesta minha jornada, a maior mentora em minha vida, não somente em ser para mim um ambiente acolhedor e enriquecedor, por também ter me proporcionado momentos incríveis de aprendizado e acolhimento por aqueles que mantendo contato constantemente mesmo estando distante. Essa universidade, da qual sou muito grata, desempenhou um papel fundamental na minha formação profissional e pessoal, não só pela formação acadêmica, mas também pela convivência com pessoas que me marcaram e me incentivaram a aprender idiomas como inglês e espanhol, habilidades linguísticas das quais que tive a oportunidade de desenvolver no intercâmbio estudantil na Pontifícia Universidad Javeriana de Cali, Colômbia em 2020. Sem dúvida, essa experiência foi essencial para me preparar para minha jornada internacional.

Em setembro de 2022, logo após me formar, embarquei para a Holanda, onde vivi por um ano através do Programa de intercâmbio cultural de

¹ Bacharel em Psicologia pela UEFS.

Au Pair, cuidando de crianças. Embora tenha sido uma experiência fascinante, eu sentia a necessidade de colocar minha formação em psicologia em prática. Assim, eu investi no trabalho voluntário em comunidades especializadas em saúde mental na Europa.

Minha primeira experiência nesse campo foi na *Morne Grange Camphill Community*, na Irlanda do Norte, onde atuei como suporte para pessoas com deficiência de aprendizagem entre 2023 e 2024. Atualmente, continuo essa jornada na *Beannachar Camphill Community*, na Escócia, acolhendo jovens adultos com dificuldades cognitivas. Antes de detalhar minha vivência nesta comunidade, é importante compreender o que são as Comunidades *Camphill*.

3. AS COMUNIDADES CAMPHILL:

As Comunidades *Camphill* são locais incríveis – organizações inclusivas – que oferecem suporte a pessoas com deficiências de aprendizagem, desafios de saúde mental e outras necessidades especiais. Criadas com base na filosofia de Rudolf Steiner (1861-1925), essas comunidades promovem um estilo de vida baseado no respeito mútuo, no reconhecimento das habilidades individuais e no trabalho colaborativo.

Rudolf Steiner foi um filósofo e educador austríaco que fundou a Antroposofia, um movimento que tenta entender o ser humano de forma completa, juntando ciência, arte e espiritualidade. Ele impactou várias áreas, como a educação (com a Pedagogia Waldorf), a medicina, a agricultura (com a Agricultura Biodinâmica), a arquitetura e até a terapia social.

Steiner acreditava que o desenvolvimento humano acontece em ciclos de sete anos e que a educação, a arte e o trabalho devem respeitar esses ciclos, ajudando a gente a crescer de forma equilibrada, tanto no corpo quanto na mente e no espírito. Suas ideias ainda são super relevantes hoje, com escolas Waldorf, fazendas biodinâmicas e comunidades como os *Camphills* espalhados pelo mundo, inspirando quem busca um jeito de viver mais equilibrado e sustentável.

Atualmente, existem mais de 100 Comunidades *Camphill* em mais de 20 países, incluindo Reino Unido, Irlanda, Alemanha, Áustria, Suíça, Suécia, Noruega, Holanda, França, Itália, Portugal, Espanha, EUA, Canadá, Brasil, Israel, Japão, Índia, Austrália e Nova Zelândia. Cada comunidade adapta-se à cultura local, mantendo os princípios de inclusão e respeito.

Na Escócia, existem 11 comunidades *Camphill*, que incluem escolas, faculdades especializadas e residências para adultos. Cada uma possui

características próprias, mas todas compartilham a convicção de que o espírito humano é íntegro independentemente das dificuldades físicas ou cognitivas.

4. A VIDA NA BEANNACHAR CAMPHILL COMMUNITY:

A vida em uma Comunidade *Camphill* é baseada na colaboração, inclusão e respeito mútuo, onde pessoas com e sem deficiência vivem, trabalham e aprendem juntas em um ambiente familiar e acolhedor. É uma verdadeira celebração da vida comunitária! Todo mundo é parte de uma grande equipe, onde a troca de experiências e o apoio mútuo são o que tornam esse lugar tão especial.

No geral, há algumas condições básicas que fazem parte das comunidades: Rotina diária (tarefas comunitárias como cozinhar, limpar, marcenaria, panificação, tecelagem, etc.). Atividades culturais e terapêuticas (música, teatro, arte, euritmia) e Conexão com a natureza e práticas sustentáveis (jardinagem e fazenda). As comunidades possuem várias casas compartilhadas e adaptadas para portadores de necessidades especiais.

As pessoas que podem viver em uma comunidade são as pessoas com deficiências de aprendizagem ou desafios de saúde mental, voluntários, cuidadores e profissionais dispostos a contribuir para a comunidade. Em suma, as Comunidades *Camphill* oferecem um estilo de vida significativo, inclusivo e transformador, promovendo autonomia, aprendizado e bem-estar para todos.

Se tratando da *Beannachar*, a comunidade possui 3 casas com rotina cheia de atividades legais e significativas, como: tarefas comunitárias, que vão desde cozinhar e limpar até marcenaria, escultura e tecelagem; atividades culturais e terapêuticas, como música, teatro, arte e euritmia; além de uma super conexão com a natureza, com jardinagem, trabalho na fazenda e cuidados com os animais. As casas são todas compartilhadas e adaptadas, criando um ambiente onde todos podem se sentir em casa, sem exceção!

Atualmente, minha vida na *Beannachar* é simplesmente transformadora! Cada dia aqui é uma oportunidade de crescimento e conexão. Minhas responsabilidades são diversas e cheias de significado: estou ao lado dos residentes em suas tarefas diárias e atividades educacionais, sempre apoiando com carinho e atenção. Além disso, participo ativamente das oficinas e do trabalho comunitário, vivenciando um espírito de colaboração que fortalece ainda mais os laços entre todos.

A vida cultural e social da comunidade é super vibrante e enriquecedora, e eu tenho o prazer de estar no centro disso, contribuindo para

manter esse ambiente de troca e aprendizado. Tudo isso se alinha de forma incrível com minha formação em psicologia, pois estou ajudando a criar um espaço seguro e acolhedor, onde cada pessoa se sente valorizada, respeitada e parte de algo maior.

5. IMPACTOS E BENEFÍCIOS DA EXPERIÊNCIA:

Não tem como não falar dos impactos incríveis de ser voluntária em um Camphill. Essa experiência é um verdadeiro caminho de transformação pessoal e profissional! O crescimento emocional que vem ao desenvolver empatia, paciência e habilidades práticas é algo que só quem vive sabe como é poderoso. Além disso, o senso de comunidade que surge das relações genuínas em um ambiente de apoio mútuo é indescritível. Aqui, não é só sobre ajudar, é sobre construir laços reais e fazer parte de algo maior!

Para quem quer seguir áreas como assistência social, educação especial ou terapia ocupacional, a experiência em um *Camphill* é uma qualificação única. Eu vejo isso como uma verdadeira escola de vida! Minha jornada na *Beannachar Camphill Community* tem sido uma imersão profunda em vida compartilhada, aprendizado constante e um crescimento humano que me transformou de maneiras que eu nem imaginava.

É claro que esse trabalho exige comprometimento, dedicação, empatia e flexibilidade, mas o que você recebe em troca é algo tão forte e belo que vale cada esforço. O senso de propósito e pertencimento que encontramos aqui é algo que não tem preço. Sem dúvida, o trabalho voluntário em uma Comunidade *Camphill* traz impactos significativos tanto para os residentes quanto para os colaboradores.

6. CONCLUSÃO:

Minha experiência na *Beannachar Camphill Community* tem sido uma jornada de aprendizado e crescimento, tanto profissional quanto pessoal. A imersão na vida comunitária, a interação com os residentes e o trabalho baseado na inclusão e no respeito transformaram minha visão sobre o cuidado em saúde mental.

Estou totalmente alinhada com a missão dos Camphills, de oferecer cuidados holísticos a pessoas com deficiências de aprendizagem e autismo, e a sensação de contribuir para esse estilo de vida é indescritível.

Eu realmente me sinto imensamente feliz e realizada por estar fazendo o que mais amo: ajudar pessoas. E é com muita alegria que compartilho esse relato, na esperança de inspirar outras pessoas a se envolverem em trabalhos voluntários ao redor do mundo. O mundo precisa de mais corações dispostos a fazer a diferença!

Espero que este relato inspire outras pessoas a explorarem o trabalho voluntário e a se engajarem em causas sociais que fazem diferença no mundo. Oportunidades como essa nos ensinam a valorizar a diversidade humana e a construir um futuro mais inclusivo e solidário.

ACONCHEGO DA DESPEDIDA: FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUAIS EM NEONATOLOGIA

Roquenei da Purificação Rodrigues¹

“... Segura teu filho no colo...” (Ana Vilela, Trem-Bala)

1. INTRODUÇÃO:

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal é, em sua essência, um santuário de esperança e luta. É o lugar onde a ciência e a tecnologia se unem em prol da vida frágil e incipiente dos recém-nascidos prematuros. Contudo, em meio a esse cenário de alta complexidade, emerge um paradoxo avassalador: a iminência da morte. Quando a jornada de um pequeno ser se revela mais curta do que o esperado, o foco do cuidado, antes puramente curativo, precisa ser ressignificado. É nesse momento delicado que os cuidados paliativos neonatais se apresentam não como uma desistência da vida, mas como uma afirmação da dignidade em cada instante dela.

Este capítulo se propõe a explorar a atuação da fisioterapia e da terapia ocupacional na construção de uma morte humanizada para bebês prematuros, integrando a dimensão da espiritualidade como pilar essencial do cuidado. Longe de serem meros coadjuvantes, esses profissionais são agentes de conforto, significado e memória, promovendo um “aconchego” que transcende o físico e ampara a família no momento mais agudo de sua dor. Abordaremos como suas intervenções, baseadas no toque, no ambiente e no vínculo, podem transformar a experiência da perda, honrando a breve, mas infinita, existência de uma criança.

2. REDEFININDO O CUIDADO NA UTI NEONATAL – A FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS:

Quando pensamos na UTI Neonatal, logo vem à mente um ambiente cheio de máquinas, monitores e profissionais correndo para salvar vidas. Mas e se o foco não for apenas na sobrevivência, mas também no conforto e na dignidade do bebê e da família? É nesse contexto que os cuidados paliativos em neonatologia se consolidam como uma abordagem fundamental, orientada pelo

¹ Fisioterapeuta, Mestre em Planejamento Territorial – Uefs; Especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica – COFFITO; Pós-graduado em Fisioterapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Biologia Celular, Saúde Coletiva, Gestão Hospitalar e Auditoria em Serviços de Saúde; Graduando em Terapia Ocupacional – UNIFAN. Email: roquenei@gmail.com.

alívio do sofrimento, pelo suporte emocional e pela centralidade da família, mesmo em situações em que a cura total não é possível (RODRIGUES *et al.*, 2022; PEREIRA; MARTINS, 2023).

O estudo de Rodrigues *et al.* (2022) destaca barreiras para implementar essas práticas, como a ausência de protocolos claros e o estigma de que cuidados paliativos significam “desistir”. No entanto, enfatiza estratégias como o reconhecimento precoce da necessidade paliativa e o envolvimento da família desde o início, fortalecendo o vínculo. Isso inclui a participação dos pais nas decisões e no cotidiano do bebê, reduzindo o estresse e promovendo um senso de controle. Pereira e Martins. (2023) reforçam que estratégias voltadas ao alívio do sofrimento e do desconforto respiratório devem ter a família como elemento central do cuidado. Protocolos de cuidados paliativos neonatais (ALMEIDA *et al.*, 2025) estruturam fluxos rotineiros integrando equipes multidisciplinares, garantindo um cuidado holístico e não apenas médico.

Na prática, essa filosofia transforma a UTI em um espaço de acolhimento. Em vez de intervenções invasivas isoladas, o foco é o bem-estar integral: controlar sintomas, oferecer suporte psicológico e preparar a família para o que vier, seja recuperação ou perda. Para a terapia ocupacional, isso abre portas para intervenções que respeitam o ritmo do bebê, como posicionamentos suaves que evitam desconforto. Estudos indicam que, ao identificar precocemente a necessidade paliativa, as equipes podem evitar tratamentos prolongados e desnecessários, melhorando a qualidade de vida (PEREIRA; MARTINS, 2023).

3. O TOQUE QUE ALIVIA – A FISIOTERAPIA NO ACONCHEGO PALIATIVO:

Imagine um bebê na UTI Neonatal, lutando para respirar, com tubos e monitores ao redor. Nesse cenário intenso, a fisioterapia surge como um toque gentil que alivia, não como uma intervenção agressiva, mas como parte do aconchego paliativo. A fisioterapia paliativa em neonatologia foca no alívio de sintomas, no suporte respiratório e na estimulação adaptativa, sempre priorizando o bem-estar do bebê e da família (CARVALHO, 2023).

Revisões bibliográficas indicam que técnicas fisioterapêuticas, como massagens suaves e exercícios de posicionamento, reduzem o estresse e aumentam o conforto em contextos paliativos pediátricos e neonatais (CARVALHO, 2023). Probst *et al.* (2025) evidencia que a fisioterapia paliativa na UTI Neonatal combina técnica e presença humana, oferecendo conforto e fortalecendo vínculos familiares.

Documentos técnicos, como as normas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2023), descrevem rotinas fisioterapêuticas em UTIN que incluem mobilizações passivas e terapias respiratórias adaptadas, fundamentais em cuidados paliativos, onde o objetivo é minimizar o sofrimento sem curar a condição subjacente. Esses elementos criam um ambiente de calma em meio ao caos da UTI, mostrando que a fisioterapia paliativa é sobre presença humana, não apenas técnica. Para equipes interdisciplinares, o toque terapêutico torna-se uma ponte para o alívio integral (CARVALHO, 2023).

4. O SIGNIFICADO NO FAZER – A TERAPIA OCUPACIONAL NA CONSTRUÇÃO DE MEMÓRIAS:

Na UTI Neonatal, o tempo é precioso e muitas vezes marcado por incertezas. A terapia ocupacional entra para dar significado ao "fazer" diário, ajudando a construir memórias positivas para bebês e famílias.

Menegat, Bombarda e Joaquim (2022) descrevem ações como orientações familiares e técnicas sensoriais que adaptam o ambiente ao bebê, promovendo interações significativas. Por exemplo, guiar os pais na criação de rotinas de toque e brincadeiras leves constrói memórias de conexão, mesmo em leitos hospitalares. A revisão narrativa de Rocha e Oliveira (2024) destaca intervenções centradas no bebê e na família, como manejo sensorial para reduzir estímulos estressantes e adaptações de cuidados que incorporam objetos simbólicos, como fotos ou brinquedos familiares. Isso transforma o hospital em um espaço de memórias afetivas, onde o "fazer" cotidiano ganha propósito.

As intervenções de terapia ocupacional com mães de recém-nascidos mostram como o cuidado centrado na família constrói narrativas de esperança (FAUSTINO; PFEIFER; DEGANI, 2023). Atividades como amamentação assistida ou posicionamentos que simulam o colo materno criam momentos lembrados como carinho, não apenas dor. Assim, a terapia ocupacional fortalece vínculos e empodera famílias, essencial em neonatologia paliativa.

5. A DIMENSÃO TRANSCENDENTAL DO CUIDADO – INTEGRANDO A ESPIRITUALIDADE:

Cuidar de um bebê na UTI Neonatal vai além do corpo; envolve a alma, a esperança e o sentido da vida. Integrar a espiritualidade nos cuidados paliativos adiciona uma dimensão transcendental, reconhecendo que famílias buscam não apenas cura física, mas também paz interior. Como terapeuta ocupacional, isso

faz parte do cuidado holístico, onde o espiritual nutre o emocional e o físico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

O guia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2020) conceitua espiritualidade nos cuidados paliativos pediátricos como a busca por significado, adaptada ao desenvolvimento infantil e familiar. Ele orienta práticas como rituais simples, como orações ou momentos de silêncio compartilhado, que respeitam crenças diversas e apoiam o luto ou a gratidão.

Estudos na enfermagem hospitalar mostram avanços na incorporação da religiosidade e espiritualidade no cuidado às famílias, com impactos importantes para os cuidados paliativos neonatais (CUNHA *et al.*, 2022). Essas práticas incluem oferta de espaços para expressões espirituais, como presença de líderes religiosos, objetos simbólicos ou apoio a rituais culturais, favorecendo o enfrentamento do sofrimento e fortalecendo a resiliência das famílias (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

No ambiente da UTI, a espiritualidade pode ser integrada às rotinas assistenciais por meio de momentos de silêncio, apoio a rituais ou outras práticas significativas para a família. Entretanto, observa-se que essa abordagem ainda é pouco explorada na prática da fisioterapia e da terapia ocupacional, especialmente no contexto neonatal, evidenciando uma lacuna na formação e atuação desses profissionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A atuação da fisioterapia e da terapia ocupacional nos cuidados paliativos neonatais transcende a aplicação de técnicas. É uma prática fundamentada na compaixão, na empatia e no profundo respeito pela vida e pela morte. Ao focarem no alívio do sofrimento, na promoção do vínculo e na criação de memórias significativas, esses profissionais ajudam a construir uma narrativa de dignidade e amor para o fim da vida de um bebê prematuro.

Integrar a espiritualidade nesse processo completa o “aconchego da despedida”, oferecendo suporte não apenas ao corpo que padece, mas à família que permanece. O cuidado paliativo neonatal, com o suporte dessas duas áreas, não apaga a dor da perda, mas ressignifica a experiência, garantindo que a memória que fica seja de acolhimento, paz e amor, e não apenas de sofrimento e tecnologia. Honrar a vida é também honrar a forma como ela se despede.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, M. L.; AUTO, B. S. D.; VASCONCELOS, M. V. L.; PEDROSA, C. M. S. **Protocolo de cuidados paliativos neonatais.** Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2025. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/984068>. Acesso em: 05 dez. 2025.
- CARVALHO, A. C. de O. A fisioterapia nos cuidados paliativos em pediatria e neonatologia: uma revisão bibliográfica. **InterFISIO**, 2023. Disponível em: <https://interfisio.com.br/a-fisioterapia-nos-cuidados-paliativos-em-pediatria-e-neonatologia-uma-revisao-bibliografica/>. Acesso em: 05 dez. 2025.
- CUNHA, V. F.; ALMEIDA, A. A. de; PILLON, S. C.; FONTAINE, A. M. G.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/espiritualidade na prática em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 131-150, 2022. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003186406> . Acesso em: 06 dez. 2025.
- EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G. da; BATISTA, P. S. de S.; BATISTA, J. B. V.; OLIVEIRA, A. M. de M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690324i. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8kF7yZrYkz8hL3m5Y8b7n5m/> . Acesso em: 05 dez. 2025.
- FAUSTINO, G. F.; PFEIFER, L. I.; DEGANI, F. Intervenção de Terapia Ocupacional junto a mães de bebês prematuros hospitalizados. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 7, n. 2, p. e133487, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/133487>. Acesso em: 06 dez. 2025.
- MENEGAT, D.; BOMBarda, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. Unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica: apontamentos sobre a prática dos terapeutas ocupacionais. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social (REFACS)**, v. 10, n. 2, p. 116–130, 2022. Disponível em: <https://seer.ufsm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/6205> . Acesso em: 06 dez. 2025.
- PEREIRA, K. M.; MARTINS, C. H. Cuidados paliativos em neonatologia: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciência e Educação – Rease**, v. 10, n. 2, p. 45-60, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10509>. Acesso em: 05 dez. 2025.
- PROBST, V. S.; GODOI, F. P. de M.; ZANI, A. V.; MORAIS, L. O. B. Conhecimento e vivência do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em UTI neonatal: estudo qualitativo. **Anais do Movimenta**, v. 5, p. 112-120, 2025. Disponível em: <https://share.google/lf4wnznGMrX7m6l76>. Acesso em: 06 dez. 2025.

Aconchego da despedida: fisioterapia e terapia Ocupacional nos cuidados paliativos e espirituais em neonatologia
Roquenel da Purificação Rodrigues

ROCHA, E. M. M. da; OLIVEIRA, A. K. C. de. Atuação da terapia ocupacional no contexto das unidades neonatais: uma revisão narrativa. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO)**, v. 8, n. 3, 2024. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/61887>. Acesso em: 06 dez. 2025.

RODRIGUES, B. R.; BOSCOLO, A. P. O.; LEÃO, L. L.; REIS, M. B. da R.; PIMENTA, L. C.; LIMA, J. S. Desafios na implementação de cuidados paliativos na neonatologia: uma revisão integrativa. **Residência Pediátrica**, v. 12, n. 4, p. 771-774, 2022. Disponível em: <https://www.residenciapediatrica.com.br/Content/pdf/v12n4aop771.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Normas e rotinas fisioterapêuticas nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatal e de cuidados intermediários neonatal da SES-DF**. Brasília: SES-DF, 2023. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo%2BNormas%2Be%2Brotinas%2BFisioterap%C3%A3Auticas%2BUTIP%2BUTIN%2Be%2BUCIN%2Bda%2BSSES-DF.pdf/dc835573-2fe0-6363-685d-dae93889cccd2?t=1716989751721&utm_. Acesso em: 06 dez. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Espiritualidade nos cuidados paliativos pediátricos**. São Paulo: SPSP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/pediatras-publicam-manual-sobre-a-importancia-da-espiritualidade-nos-cuidados-paliativos-pediatricos/>. Acesso em: 06 dez. 2025.

TECENDO SENTIDOS NA FINITUDE: A TERAPIA OCUPACIONAL COMO ELO ENTRE CUIDADO PALIATIVO, ESPIRITUALIDADE E LEGADO

Roquenei da Purificação Rodrigues¹

“...É preciso amor pra poder pulsar É preciso paz pra poder sorrir É preciso a chuva para florir...” (Almir Sater e Renato Teixeira, em Tocando em Frente)

Um Novo Olhar sobre o Fim da Vida

A sociedade contemporânea, em sua busca incessante pela produtividade e pela negação do envelhecimento, frequentemente relega a finitude a um espaço asséptico e silencioso. A morte tornou-se um evento medicalizado, muitas vezes despojado de seu significado pessoal, familiar e espiritual. Em contraposição a essa realidade, emergem os cuidados paliativos como uma filosofia de cuidado que visa afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural. Seu foco reside na qualidade de vida e no alívio do sofrimento em todas as suas dimensões, um conceito encapsulado na noção de “**dor total**” de Cicely Saunders, que abrange os aspectos físico, psicológico, social e espiritual da dor (CLARK, 1999).

É neste cenário que a Terapia Ocupacional se revela uma profissão de potência singular, utilizando sua ferramenta mais essencial a ocupação humana para tecer sentido, dignidade e propósito até o último momento da jornada existencial. Este capítulo explora a contribuição indispensável da Terapia Ocupacional na promoção de uma morte humanizada, articulando os cuidados paliativos, a espiritualidade e o fazer significativo como pilares para a ressignificação da finitude.

Para Além da Dor Física: A Terapia Ocupacional e a “Dor Total”

O ser humano é, por essência, um ser ocupacional. Nossas ocupações as atividades diárias que nos engajam, dão estrutura ao nosso tempo e refletem quem somos são o fio condutor de nossa identidade. O Enquadramento da Prática de Terapia Ocupacional (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2020) define a ocupação como o cerne da prática. Uma doença que ameaça a vida provoca uma ruptura profunda nesse tecido ocupacional, gerando perdas que transcendem o corpo físico. Perde-se a autonomia, os papéis sociais, a capacidade de engajar-se no que antes trazia alegria e sentido, configurando a “dor total”.

O terapeuta ocupacional em cuidados paliativos não busca curar a doença, mas cuidar da pessoa como um todo. O foco é ajudar a realizar atividades que ainda são possíveis e importantes para ela e sua família (TREVISANA *et al.*, 2019). Enquanto a dor

¹ Fisioterapeuta, Mestre em Planejamento Territorial – UEFS; Especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica; Pós-graduado em Fisioterapia Intensiva Neonatal e Pediátrica; Biologia Celular, Saúde Coletiva e em Gestão Hospitalar e Auditoria de Serviços de Saúde. roquenei@gmail.com.

física é manejada pela equipe médica, o terapeuta ocupacional volta-se para o sofrimento existencial que advém da perda de papéis e da incapacidade de fazer. Trata-se de um processo criativo e colaborativo para adaptar atividades, modificar ambientes e encontrar novas formas de participação, garantindo que a pessoa continue a ser o autor de sua própria história, mesmo diante das mais severas limitações.

As intervenções podem ser diversas e profundamente personalizadas. Podem incluir desde a adaptação de um utensílio para que o paciente possa alimentar-se sozinho, preservando sua dignidade, até a criação de um jardim em vasos na varanda de um quarto de hospital, reconectando-o com a natureza. Cada uma dessas ações é uma poderosa afirmação de vida, identidade e continuidade, permitindo que a pessoa se sinta produtiva, conectada e viva, para além de sua condição de paciente (ZILLI; VARGAS, 2022).

A Espiritualidade como Ocupação e Domínio da Prática

O Enquadramento da Prática de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020), define a espiritualidade como componente essencial à saúde e ao bem-estar, integrando crenças, valores e propósito às ocupações diárias, além das dimensões físicas e mentais. Essa abordagem holística orienta intervenções que consideram limitações motoras, cognitivas e conexões espirituais (como fé ou busca por significado em contextos de doença), promovendo equilíbrio ocupacional e recuperações personalizadas.

Na perspectiva da Terapia Ocupacional, o profissional pode apoiar o paciente a se engajar em ocupações de caráter espiritual, como meditação, oração, contato com a natureza ou apreciação artística. A participação em atividades significativas, que promovam sensação de conexão, constitui uma experiência com potencial espiritual. Ao reconhecer a espiritualidade como uma necessidade humana legítima e ao facilitar formas de sua expressão sem julgamentos sobre crenças ou práticas individuais, o terapeuta ocupacional contribui para o alívio do sofrimento emocional e favorece um estado de paz interior, essencial para um processo de morte mais sereno.

A Construção do Legado e o Luto Antecipatório

Parte intrínseca do sofrimento no final da vida está relacionada à percepção do tempo que resta e ao desejo de deixar uma marca no mundo. A terapia ocupacional desempenha um papel vital na facilitação de ocupações significativas que permitem ao indivíduo revisar sua vida, celebrar suas conquistas e preparar despedidas importantes. Atividades como a escrita de cartas, a organização de álbuns de fotos, a gravação de mensagens ou a criação de um livro de receitas da família são exemplos de como o fazer pode se tornar um veículo para a transcendência e para a afirmação da identidade pessoal, mesmo diante de limitações físicas ou cognitivas (QUEIROZ, 2012).

Essas atividades não ajudam só o paciente, dando um sentimento de propósito e encerramento, mas também são importantes para a família. Elas ajudam no luto antecipado, permitindo que os familiares se preparem para a perda e ainda tenham momentos juntos com significado. O terapeuta ocupacional, ao orientar essas atividades, transforma a ansiedade da espera em momentos de qualidade, fortalecendo os laços e criando lembranças que podem confortar a família depois.

Considerações Finais: Ocupações de Passagem

A Terapia Ocupacional, ao se debruçar sobre a vida cotidiana e o fazer humano, oferece uma contribuição inestimável aos cuidados paliativos e à humanização da morte. Sua prática, centrada na pessoa e guiada por princípios de dignidade, autonomia e significado, permite que o processo de finitude seja vivenciado não como uma espera passiva pelo fim, mas como uma fase da vida que ainda pode ser preenchida com o que podemos chamar de “**ocupações de passagem**” atividades que afirmam a identidade, fortalecem os laços e nutrem o espírito.

O papel do terapeuta ocupacional é o de um facilitador de possibilidades, um co-construtor de momentos significativos que honram a biografia de cada indivíduo. Ao garantir que as mãos possam cuidar de uma planta, que a voz possa cantar uma canção, que o coração possa se conectar com o sagrado e que a história de uma vida possa ser contada e celebrada, a Terapia Ocupacional ajuda a iluminar a jornada da finitude, transformando o adeus em um ato de passagem sereno, digno e profundamente humano.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process. 4. ed. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 74, n. Suppl. 2, p. 7412410010, 2020. Disponível em: https://research.aota.org/ajot/article-abstract/74/Supplement_2/7412410010p1/8382/Occupational-Therapy-Practice-Framework-Domain-and?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 05 dez. 2025.
- CLARK, D. ‘Total pain,’ disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 6, p. 727-736, 1999. DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00098-2.
- ELMESCANY, É. de N. M.; BARROS, M. L. P. Espiritualidade e terapia ocupacional: reflexões em cuidados paliativos. **Revista NUFEN**, v. 7, n. 2, p. 21-36, 2015.
- MALCHER, A. A. A.; CARDOSO, M. M.; CORRÊA, V. A. C. Ocupações de pessoas idosas sob cuidados paliativos oncológicos: uma revisão de escopo. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 35, n. 1-3, e228869, 2025.
- MONDELO, C. La espiritualidad desde la mirada de Terapia Ocupacional en el contexto de los Cuidados Paliativos. **Revista Terapiéutica**, v. 17, n. 1, p. 9-24, 2023. DOI: 10.33967/rt.v17i1.176.

Tecendo sentidos na finitude: A Terapia Ocupacional como elo entre cuidado paliativo, espiritualidade e legado
Roquenei da Purificação Rodrigues

OTHERO, M. B. Raciocínio clínico em terapia ocupacional no campo da reabilitação: um modelo a partir do referencial dos cuidados paliativos. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 32, n. 1-3, e206041, 2022.

SALES DA SILVA, R.; GONÇALVES COUTINHO, S. M. Percepção de luto e vivência de luto antecipatório de familiares em uma unidade de cuidados paliativos. **Health and Research Journal**, v. 3, n. 15, p. 283, 2022. DOI: 10.51723/hrj.v3i15.283.

TREVISANA, A. da R.; REKSUA, S.; ALMEIDA, W. D. de; CAMARGO, M. J. G. de. A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas-hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 105-117, 2019.

ZILLI, F.; VARGAS, M. A. O. A intervenção da terapia ocupacional junto a pacientes oncológicos em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e27386, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27386.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ANEMIA FERROPRIVA EM UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laís Chaves Campos¹
André Renê Barbóni²

1. INTRODUÇÃO:

É conhecido que a anemia ferropriva (AFP) se trata de um dos distúrbios nutricionais mais prevalentes em todo o mundo, afetando principalmente as crianças na primeira infância, mulheres em idade fértil, gestantes e idosos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define anemia como uma condição na qual a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal (CAMPOS; BARBONI, 2024).

A AFP pode ter diversas causas, entre elas a baixa ingestão de ferro na sua forma heme (melhor absorvido pelo corpo humano), a associação com alimentos inibidores da absorção do ferro, a prevalência de doenças infecto parasitárias, perdas sanguíneas, podendo ser de origem ginecológica, gastrointestinal ou resultantes de traumas. A deficiência de ferro pode estar associada a diversos sinais e sintomas clínicos, sendo que a sua intensidade irá depender da gravidade em que a deficiência se encontra (CAMPOS; BARBONI, 2024).

Os indivíduos acometidos pela AFP apresentam sintomas que serão correspondentes ao seu estágio de vida. Crianças na primeira infância, isso é, entre os 0 e 6 anos de idade, acometidas com AFP costumam apresentar dificuldades na aprendizagem da linguagem, distúrbios psicológicos e comportamentais, além de debilitar a defesa imunológica, facultando a ocorrência bem como o agravamento de doenças infecciosas. Na gestação, a AFP está relacionada com riscos ao recém nascido, podendo causar aumento da taxa de mortalidade, maior probabilidade de prematuridade e baixo peso ao nascer, além de redução na concentração de hemoglobina (CAMPOS; BARBONI, 2024).

Nos idosos, a anemia ferropriva é preocupante devido ao aumento do risco de quedas, resultado da fraqueza e do comprometimento físico, fatores que acarretam em um maior número de hospitalizações. Além disso, a AFP nessa população também está associada ao declínio cognitivo (CAMPOS; BARBONI, 2024).

Por outro lado, outras populações também são gravemente afetadas, como os indígenas. Esses grupos apresentam, comumente, fatores socioeconômicos, demográficos, biológicos e culturais complexos. Tais aspectos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento da AFP nessas populações, que são frequentemente acometidas por essa condição (FERRAZ *et. al.*, 2005; PEREIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

¹ Estudante de Farmácia da UEFS. Bolsista de Iniciação Científica (FAPESB).

² Professor Pleno do Departamento de Saúde da UEFS.

2. METODOLOGIA:

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica acerca da anemia ferropriva. Para sua elaboração foram analisados 121 trabalhos encontrados na base de dados da Scielo com uso das palavras-chave “anemia ferropriva”. Desses, três foram excluídos: um por tratar-se de anemia falciforme e os outros por serem duplicados, restando 118 artigos.

Os trabalhos foram obtidos oriundos de uma pesquisa anterior (CAMPOS; BARBONI, 2024), na qual só foram utilizados os artigos de revisão, entretanto, no presente trabalho todos os estudos encontrados foram submetidos à leitura, ampliando o embasamento teórico para o desenvolvimento da pesquisa.

3. RESULTADOS:

3.1 Fortificação:

Ao analisarem os estudos que dizem respeito à fortificação de alimentos em crianças, Dias e colaboradores (2022) e Assunção e Santos (2007) destacam a carência de estudos relacionados a essa estratégia, embora reconheçam que ela pode ser válida e necessária. É notório que as medidas de suplementação e fortificação são eficazes, desde que sejam empregadas da maneira correta. Os autores avaliam o efeito da fortificação do ferro em crianças, haja vista que é uma população bastante afetada pela anemia ferropriva (AFP). Entretanto a implementação não é o bastante, é necessário que haja sistemas de monitoramento e fiscalização desses produtos fortificados (HEIJBLUM; SANTOS, 2007).

Além disso, a fortificação também é defendida por autores como Batista Filho (2004), segundo ele, é a medida de maior impacto para conter a tendência possivelmente crescente das anemias e reverter o cenário atual entre crianças, mulheres em idade reprodutiva e outros grupos populacionais vulneráveis.

Ademais, a fortificação de alimentos também se mostrou eficaz em outros países, como no Chile. Crescentemente, grupos vulneráveis também se beneficiaram com a medida, como gestantes brasileiras submetidas a um estudo onde a fortificação apresentou resultados benéficos no controle da AFP (BATISTA FILHO, 2004; FUJIMORI *et al.*, 2011). Muitos alimentos têm sido utilizados para fortificação, todavia, a adição de nutrientes deve acontecer em alimentos que sejam regularmente consumidos na região. Ainda, esse alimento não deve sofrer alterações significativas em suas características sensoriais (VELLOZO; FISBERG, 2010).

A fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro ocorreram em 2002 e prolongam-se até aos dias de hoje. Além disso, na tentativa de diminuir a prevalência da AFP o governo implementou outras políticas públicas, como o programa de suplementação de ferro para lactentes (2005). É notório o reconhecimento da

problemática acerca da AFP, entretanto, as políticas instituídas devem ser fiscalizadas constantemente a fim de garantir efetividade (SZARFARC, 2010).

3.2 Crianças:

As crianças da primeira infância são facilmente acometidas pela AFP, justificado pelo fato da maior necessidade de desenvolvimento devido ao crescimento acelerado natural nesta fase, podendo acarretar em consequências futuras, como o comprometimento do seu desenvolvimento psicomotor. Além disso, é conhecido que o risco de crianças anêmicas desenvolverem desnutrição é alto, principalmente entre as classes sociais mais baixas, com menor renda per capita familiar (PEDRAZA; ROCHA; SOUZA, 2013; SOUTO *et al.*, 2007). Diante do exposto, os autores reafirmam que o problema necessita não só de estratégias, bem como de ações integradas e contínuas, que devem levar em consideração as diversas origens dessa condição (OSÓRIO, 2002; ANDRÉ *et al.*, 2018; LEAL; OSÓRIO, 2010).

No mais, é alarmante a incidência da AFP na infância. Vários estudos chamam a atenção para esse público, pois é possível perceber que desde a última década crianças são acometidas por essa deficiência, dentro desse cenário, crianças menores de 2 anos estão mais vulneráveis ao desenvolvimento da condição (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009; ROCHA *et al.*, 2012; SALZANO *et al.*, 1985; SILVA; GIUGLIANI; AERTS, 2001; SILVA *et al.*, 2015; VASCONCELOS *et al.*, 2014). As consequências da AFP nesse grupo podem causar grandes danos ao seu desenvolvimento, levando a danos no desenvolvimento psicomotor, crescimento e a saúde no geral (VIEIRA; FERREIRA, 2010; NETTO; PRIORE; FRANCESCHINI, 2007; RODRIGUES *et al.*, 2011).

Corroborado por Castro e colaboradores (2021), as crianças apresentam uma alta prevalência de anemia, entretanto, essa prevalência fica ainda maior quando comparada com a deficiência de Vitamina A, trazendo mais uma vez a necessidade da inserção de políticas públicas efetivas principalmente nas escolas e creches do país. Ademais, outros autores associam essa deficiência ao contexto socioeconômico, haja vista que alimentos com maior biodisponibilidade de ferro (carnes, vísceras...) apresentam um custo mais elevado, dificultando o acesso dessa população (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Ao estudar a prevalência da anemia em um Município do Estado do Acre, no Brasil, Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira e sua equipe (2011) encontraram elevada prevalência da patologia. A magnitude do problema possivelmente está relacionada com a precariedade das condições nutricionais em que as crianças da região da Amazônia vivem. Atrelado a isso, estudos para avaliar a presença de anemia em crianças e adolescentes na Amazônia encontraram significativa associação entre níveis elevados de mercúrio no cabelo e a ocorrência de anemia em crianças e adolescentes, especialmente em comunidades sob influência de garimpo. Esses resultados sugerem que a exposição ao mercúrio pode ser um fator de risco para anemia, e que fatores geográficos e ambientais podem alterar esse efeito (VIANNA *et al.*, 2022).

Assis e colaboradores (2007) reafirmam a prevalência de AFP em crianças em situação de vulnerabilidade no nordeste brasileiro. Cabe ainda mencionar que os autores destacam em sua produção as condições socioeconômicas como, domicílio liderado pela mulher e a existência de mais de uma criança no domicílio, são algumas das circunstâncias favoráveis para o desenvolvimento da patologia (ASSIS *et al.*, 2007; SANCHES; BARROS; MELLO, 1988; SILVA; GIUGLIANI; AERTS, 2001; NEUMAN *et al.*, 2000). Outros estudos sugerem uma associação entre os níveis de insegurança alimentar moderada e grave com os níveis de hemoglobina, assim como entre a insegurança alimentar grave e os níveis de retinol (CARNEIRO *et al.*, 2020).

Sabe-se que as políticas públicas implementadas no país não funcionam como deveriam, principalmente no que diz respeito à alimentação de qualidade em escolas e creches. Diante disso, em um estudo transversal foi possível identificar a associação da ocorrência da anemia e o tempo de permanência na creche em crianças. O fato pode estar atrelado ao tipo de alimentação e/ou quantidade fornecida para essas crianças, que, frequentemente, é insuficiente para levar uma vida saudável (BRUNKEN; GUIMARÃES; FISBERG, 2002; DIAS *et al.*, 2022; OLIVEIRA, F. *et al.*, 2011). Todavia, se diagnosticadas e tratadas na atenção primária, a AFP não seria a principal causa para encaminhamento para serviços especializados (SANTANA; NORTON; FERNANDES, 2009).

No entanto, outros fatores podem ser associados ao desenvolvimento dessa condição em crianças, entre eles estão: crescimento acelerado, desmame precoce, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, uma vez que são determinantes do estoque de ferro da criança até os seis meses de idade, pois é quando ocorre o esgotamento dessas reservas, e a alimentação passa a ter um papel preponderante no atendimento das necessidades, além de apresentarem maior risco de desenvolver anemia devido à menor reserva de ferro a introdução precoce do leite de vaca que também está relacionada ao desenvolvimento da AFP em crianças, pois além de ser um fator inibitório da absorção de ferro, pode estar relacionado com a ocorrência de micro-hemorragias gastrointestinais (BUENO *et al.*, 2006; GONDIM *et al.*, 2012; MIRANDA *et al.*, 2003; NOVAES *et al.*, 2017; OSÓRIO, 2002; SILVA *et al.*, 2015; SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1997).

Outro fator de risco para AFP constantemente identificado pelos autores é a quantidade de cômodos na casa. Sousa e Araújo (2004) detectaram que crianças que residiam em casa com três cômodos ou menos apresentaram maior risco para o desenvolvimento da condição. Isso pode ser associado à aglomeração de pessoas com o aumento de infecções.

Ademais, nos recém-nascidos, uma medida não farmacológica e rápida para melhorar as reservas de ferro ao nascer é através do clampeamento tardio do cordão umbilical (GREER, 2012). Outros fatores protetores para a AFP também foram encontrados, sendo eles, peso elevado ao nascer e boas condições sanitárias, aspectos que podem ser identificados durante o pré-natal (SANTOS *et al.*, 2004).

Ainda, não se pode ignorar que as crianças indígenas são mais afetadas pelo desenvolvimento da AFP quando comparadas ao restante da população. Isso ocorre possivelmente por hábitos culturais, ambiente em que vivem, como também por questões socioeconômicas (FERREIRA *et al.*, 2017). Outro fato é que, aparentemente, grupos indígenas distintos exibem padrões específicos de crescimento, possivelmente decorrentes da interação entre fatores genéticos e ambientais diversos supracitados (MORAIS; ALVES; FAGUNDES-NETO, 2005; ORELLANA *et al.*, 2006; PEREIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Outro grupo em situação de elevada vulnerabilidade social são as crianças quilombolas, especialmente aquelas com menos de dois anos, que continuam apresentando taxas muito elevadas, a anemia se mantém como um problema moderado-grave nessa população. Isso pode ser justificado por questões socioeconômicas, que abrangem questões de insegurança alimentar e dependência de programas do governo (SANTOS *et al.*, 2020).

Em estudo realizado por Lemos e colaboradores (2011), verificou-se duas tendências distintas na evolução temporal da anemia entre escolares de 7 a 11 anos no bairro da Várzea, em Recife-PE. Inicialmente, observou-se um aumento na prevalência de anemia, contudo, entre 2001 e 2005, houve uma redução. Esse fato pode ser atribuído a mudanças nas condições socioeconômicas, alimentares ou sanitárias da população infantil do bairro, bem como devido a ações de saúde pública, como programas de suplementação alimentar e controle de doenças (LEMOS *et al.*, 2011; MARTINS *et al.*, 1987). No mais, estudos sugerem uma tendência temporal de regressão da AFP em crianças em menos de 20 anos (LIMA *et al.*, 2023).

Juntamente com os exames laboratoriais, os exames físicos também podem ser úteis no diagnóstico da AFP, já que ela se manifesta em sinais e sintomas. Silva e colaboradores (2011) estudaram a avaliação da AFP pela palidez palmar, comparando a prevalência em exames laboratoriais. Diante disso, foi possível identificar relevância na comparação, promovendo a identificação precoce e melhor manejo da AFP.

3.3 Práticas alimentares:

É conhecido que o aleitamento materno exclusivo até, no mínimo, os seis meses de vida da criança traz grandes benefícios e evita diversas deficiências, sendo uma delas a anemia por deficiência de ferro. Entretanto, algumas mães não conseguem se dedicar ao aleitamento exclusivamente, seja por questões que envolvem estar fora de casa para o trabalho, ou até mesmo por falta de orientação, e, por isso, inserem precocemente outros alimentos na dieta da criança. Constantemente, as crianças são exposta ao leite de vaca na sua primeira infância, porém, tal alimento causa malefícios para saúde do indivíduo, isso porque ocorre uma reação de complexação com o cálcio do leite com o ferro disponível para ingestão da criança, resultando na anemia ferropriva, além disso, o atraso na introdução de alimentos ricos em ferro na dieta da criança também é um fator de risco para doença (BORTOLINI; VITOLO, 2010; OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005;

OLIVEIRA; OSÓRIO; RAPOSO, 2007; SANCHES; BARROS; MELLO, 1988; VIEIRA *et al.*, 2010).

Entretanto, em um ensaio clínico randomizado com uma amostra aleatória de recém-nascidos não foi possível observar diferenças significativas em relação ao aleitamento materno exclusivo e as boas práticas alimentares com a anemia (BORTOLINI; VITOLO, 2012). Isso pode se dar pelo curto prazo de intervenções, bem como pelas possíveis práticas alimentares não referidas nas visitas domiciliares. Em contrapartida, Bortolini e colaboradores (2010) constataram que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade supre as necessidades de ferro da criança. Os autores ainda vão além ao afirmarem que após essa idade as reservas de ferro começam a cair, havendo a necessidade da inserção de alimentos ricos em ferro heme.

Além disso, é importante ressaltar que existem interações alimentares que podem ser benéficas no que diz respeito à biodisponibilidade do ferro nesses alimentos. Como exemplo pode ser citado a associação de Vitamina C com feijões e carnes, ela contribui aumentando a absorção do ferro não heme e anulando o efeito dos fatores inibidores da absorção do ferro (BORTOLINI; FISBERG, 2010). No mais, ainda não há fortes evidências que a interação entre Vitamina A e Ferro seja benéfica para AFP (OLIVEIRA *et al.*, 2010; PAULA *et al.*, 2014). Entretanto, Netto, Priore e Franceschini (2007) encontraram que a suplementação com vitamina A melhora o estado nutricional de ferro (MOURA; SANTOS; PACHECO, 2001).

De acordo com Oliveira e colaboradores (2013), crianças com maiores índices de massa corporal apresentam menores concentrações de hemoglobina, sugerindo que esse fato esteja relacionado ao consumo alimentar inadequado dessa população, que frequentemente apresenta uma ingestão excessiva de alimentos ricos em açúcares e gorduras, deixando de lado alimentos que são fontes de vitaminas e minerais. Somado a isso, o excesso de peso e obesidade não só indicam mudanças no perfil nutricional bem como propensão de risco para doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta (SANTOS; AMANCIO; OLIVA, 2007).

Em síntese, ainda existem os mitos em relação à alimentação no combate à AFP. Socialmente, populações reproduzem costumes transmitidos pelos seus ancestrais, o mito do uso do prego no feijão é um deles. Além de não ter eficácia científicamente comprovada, pode causar malefícios à saúde, uma vez que o material é constituído de metais pesados colocando a saúde desses indivíduos em risco (PINTO *et al.*, 2000).

3.4 Mulheres/Gestação:

Fisiologicamente, durante a gravidez o aporte de ferro das mulheres é altamente utilizado por conta da grande demanda do feto, pois ocorre uma hemodiluição decorrente do maior volume plasmático. Por esse motivo, mulheres que entram na gestação com baixos níveis de ferro estão mais propensas ao desenvolvimento da AFP. Mas, existem grupos que podem ser mais vulneráveis, como as mulheres indígenas, que

por fatores alimentares, culturais, socioeconômicos são frequentemente mais acometidas por essas afecções, o que indica a necessidade de um cuidado mais amplo e eficiente para essa população (LÍCIO; FÁVARO; CHAVES, 2016; GUERRA et al., 1992; LOPES; FERREIRA; BATISTA FILHO, 1999).

Como supracitado, durante a gestação alterações no corpo da gestante já são esperadas. No que diz respeito às alterações hematológicas cabe destacar as mudanças no metabolismo do ferro e na necessidade de suplementação em gestantes (SOUZA; BATISTA FILHO; FERREIRA, 2002). Sob essa ótica, as mulheres são um grupo propensos a desenvolver AFP independente de gestação. Isso está frequentemente atrelado ao fluxo menstrual excessivo, ocasionando diversas perdas sanguíneas (RODRIGUES; JORGE, 2010a).

Bezerra e colaboradores (2018) reforçam essa ideia ao estudarem mulheres em idade reprodutiva e identificaram que mulheres que passaram por gestações anteriores apresentam maior prevalência de anemia. Em contrapartida, ao verificar a prevalência da AFP em mulheres adultas, Fabian e colaboradores (2007) constataram que existe uma redução de risco de anemia em mulheres acima de 50 anos, ou seja, após o término da vida reprodutiva. Por outro lado, adolescentes do sexo feminino com idade menor que 12 anos estão mais sujeitas ao desenvolvimento da AFP, isso porque nessa fase da vida costuma ocorrer a primeira menarca (FUJIMORI; SZARFARC; OLIVEIRA, 1996).

No mais, foi verificado que mulheres com gestação múltipla tiveram maior prevalência de anemia em relação às gestantes não gemelares, provavelmente devido à demanda aumentada de ferro, em razão de uma hematopoiese elevada, causada pela rápida expansão dos tecidos que ocorre neste período e, de maneira mais acentuada, em gestações múltiplas para atender as necessidades dos fetos (FERREIRA et al., 2018).

Em estudo sobre a evolução temporal da prevalência de anemia em adolescentes grávidas foi verificado que a ocorrência da anemia aumenta de acordo com a evolução da gestação (PESSOA et al., 2015). Outrossim, as complicações da AFP na gestação também se estendem para o feto, estudos indicam que aproximadamente 40% das mortes maternas e perinatais são ligadas à anemia (RODRIGUES; JORGE, 2010b).

Na mãe, entre as principais repercussões clínicas estão o comprometimento do desempenho físico e mental, habilidade emocional, pré-eclâmpsia, alterações cardiovasculares, diminuição da função imunológica e outros (RODRIGUES; JORGE, 2010b). Entre as lactentes, práticas alimentares inadequadas e falta de suplementação com ferro são fatores de risco para AFP, principalmente para aquelas com baixa renda (SILVA; PRIORE; FRANCESCHINI, 2007). Esses fatores de risco se estendem aos lactentes, durante estudo, esses indivíduos que pertenciam a famílias de baixa renda e apresentavam maiores fatores de risco para deficiência de ferro receberam maior atenção pediátrica em relação aos níveis de hemoglobina (TORRES et al., 2006). Além disso, a baixa escolaridade também é um fator de risco significativo para AFP, sugerindo que intervenções estruturais nas condições socioeconômicas são necessárias para melhorar o

combate à anemia ferropriva durante a gestação (VITOLO; BOSCAINI; BORTOLINI, 2006).

Por fim, em mulheres pós-menopausa essa condição não é tão comum, como também em indivíduos do sexo masculino. Nesses casos, a anemia ferropriva se associa, frequentemente, a perdas sanguíneas gastrointestinais ou má absorção, por isso, é primordial que os indivíduos desse grupo que apresentem essa condição sejam acompanhados profissionalmente e a causa deve ser investigada (ZALTMAN; COSTA, 2010). Considerando esses aspectos, existe uma necessidade de monitoramento contínuo, bem como de reforçar a suplementação eficaz no pré-natal e a fortificação alimentar (CÔRTEZ; VASCONCELOS; COITINHO, 2009).

3.5 Insegurança alimentar:

Atrelado à má alimentação, a insegurança alimentar é um fator que apresenta relação com a prevalência da AFP. Frequentemente, indivíduos com uma dieta interativa baixa em ferro heme, bem como a presença de infecções recorrentes (ex.: verminoses) estão associados ao desenvolvimento da AFP, elevadas prevalências de deficiência de micronutrientes em populações com baixas proporções de desnutridos é denominado de “fome oculta” (ANDRÉ *et al.*, 2018; FERRAZ *et al.*, 2005).

3.6 Atletas:

Adicionalmente, os atletas compõem um grupo de vulnerabilidade para desenvolvimento da AFP. Isso porque nessa população a alta demanda metabólica e perdas aumentadas (no suor, por exemplo) se relacionam ao desenvolvimento da AFP (ARAÚJO *et al.*, 2011).

3.7 Infecções/parasitoses:

Os sujeitos que apresentam infecções e/ou parasitoses recorrentes estão mais suscetíveis ao desenvolvimento da AFP, entretanto, a depender do microrganismo infectante a relação pode ser “benéfica”. Como por exemplo em áreas endêmicas de infecção por malária, os indivíduos acometidos pela AFP apresentam menores chances de serem infectados pelo Plasmodium (ARRUDA *et al.*, 2016). Ademais, são característicos da etiologia da anemia a deficiência nutricional, parasitoses intestinais e malária (CARDOSO *et al.*, 1992).

Um fator interessante a ser observado é que a AFP e a deficiência de ferro afetam notadamente crianças menores de 24 meses, o que pode ser justificado pelo menor crescimento estrutural e as frequentes infecções diarréicas por helmintos (CASTRO *et al.*, 2011). Conectado a isso, a falta de saneamento básico pode estar relacionado ao maior número de parasitoses em crianças (SZARFARC, 1972).

Durante a gravidez, a infecção por anelostomídeos pode ocasionar a perda de sangue de modo crônico levando a deficiência de ferro. Além disso, é importante ressaltar que a presença de infecções recentes, mesmo que sem gravidez, produz alterações laboratoriais que podem levar até um mês para se normalizarem, podendo superestimar a prevalência de anemia (FERRAZ *et al.*, 2005; GUERRA *et al.*, 1992).

3.8 Adesão/suplementação com sais de ferro:

Os tratamentos para a AFP no Brasil se baseiam na administração de ferro. Atualmente, os tipos disponíveis são: sais ferrosos, sais férricos, ferro aminoquelato, complexo de ferro polimaltosado (ferripolimaltose) e ferro carbonila. O sulfato ferroso é o tratamento de primeira escolha, frequentemente utilizado e é o único amplamente disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) (CANÇADO; LOBO; FRIEDRICH, 2012).

De modo geral, a presença de efeitos adversos como náuseas, vômitos e dor epigástrica, dificultam a adesão ao tratamento (CANÇADO; LOBO; FRIEDRICH, 2012; PESSOA *et al.*, 2015; ROCHA, *et al.*, 2012). Além disso, a baixa adesão aos tratamentos medicamentosos também estão atreladas à falta de informações relacionadas à terapêutica, bem como seus efeitos adversos já esperados, todavia, o cumprimento total do tempo de tratamento é imprescindível para o sucesso terapêutico (MIRANDA *et al.*, 2020). No estudo realizado por Azeredo e colaboradores (2013) foi possível verificar a limitação de conhecimento sobre AFP bem como sobre sua prevenção e profilaxia.

Em acréscimo, durante estudo realizado por Oliveira, Barros e Ferreira (2015) foi possível avaliar os fatores que estão relacionados à anemia em gestantes em uma cidade no Nordeste do Brasil. O fato interessante é que a maior parte das gestantes com anemia já utilizavam suplemento para o combate da AFP, porém, não houve redução da prevalência da doença. Isso sugere o uso incorreto da terapia medicamentosa, seja pelo não cumprimento da prescrição ou pela falta de adesão.

Todavia, a administração de sais de ferro por via oral é a melhor terapêutica para o tratamento da anemia, haja vista que é segura e eficaz. No entanto, podem haver falhas de absorção ou de tolerabilidade durante esse tratamento, sendo indicado a terapia endovenosa, que é preferida nesses casos e em situações emergenciais (BRAGA; VITALLE, 2010). Nesse sentido, estudos comprovaram que o uso intravenoso do sacarato de hidróxido de ferro III é uma opção eficaz e segura no tratamento de pacientes adultos com anemia ferropriva que não obtiveram resposta satisfatória com a utilização do ferro oral (CANÇADO *et al.*, 2007; BATISTA FILHO; FERREIRA, 1996; FABRON JÚNIOR, 2007). Em contrapartida, em estudo realizado por Capanema (2006) buscando comparar a eficácia de duas formas de administração de sulfato ferroso (4 mg Fe elemento/kg), divididas entre doses diárias x semanais, ambos os esquemas mostraram resposta positiva no tratamento da AFP, sem diferenças significativas entre os dois métodos.

No mais, os tratamentos podem variar de acordo com o estágio da vida em que o paciente se encontra, bem como a evolução da anemia. Ainda, a suplementação preventiva é uma opção para grupos vulneráveis, predispostos a desenvolver a AFP (CARDOSO; PENTEADO, 1994). Em estudos com pré-escolares foi possível verificar a resposta positiva da intervenção com a suplementação de sulfato ferroso em crianças anêmicas (COSTA *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2003). Uma possibilidade adicional é suplementação com ferro bis-glicinato quelato em crianças com idade superior a um ano, haja vista que é uma intervenção eficaz, segura e bem tolerada para tratar anemia ferropriva nesse grupo (RIBEIRO; SIGULEM, 2008).

Outrossim, já foi detectado que doses semanais de ferro em crianças pré-escolares pode reduzir significativamente o risco de anemia em condições não muito distantes daquelas que poderiam ser reproduzidas por serviços regulares de saúde pública, por isso, a distribuição de sais de ferro ou veículos fortificados podem ser estratégias viáveis no combate à AFP em escolares, desde que bem aplicadas (MONTEIRO *et al.*, 2002; SANTOS; NOGUEIRA; DINIZ, 2007). Atrelado a isso, Torres e colaboradores (1996) verificaram que a fortificação do leite com a adição de 3 mg de ferroquel por litro de leite apresenta resultado satisfatório no combate a AFP.

Ao comparar a fórmula fortificada versus as gotas de sulfato ferroso para prevenção da AFP em prematuros, Vianna e Gonçalves (2002) encontraram maior efetividade na fórmula fortificada com ferro para prevenção da deficiência de ferro e da anemia tardia da prematuridade.

Entretanto, a terapia medicamentosa não é a única solução e não deve ser escolhida inicialmente em casos de anemias em estágios iniciais. O primeiro estágio se caracteriza pela diminuição dos estoques de ferro, refletida pela queda da ferritina sérica. No segundo, a saturação da transferrina está diminuída. No estágio mais grave, as células vermelhas são microcíticas e hipocrônicas e os níveis de hemoglobina estão reduzidos (MORAIS, 2010).

A educação nutricional e a melhoria da qualidade da dieta oferecida devem ser levadas em consideração para o tratamento da condição, haja vista que pequenas intervenções podem obter grandes resultados (LIMA *et al.*, 2006). Além disso, a educação dos profissionais de saúde pode melhorar o manuseio da AFP na atenção básica, adequando as doses e a administração correta do ferro oral (SANTANA; NORTON; FERNANDES, 2009). Levando em consideração que o diagnóstico precoce preciso assegura o tratamento para um maior número de crianças acometidas pela deficiência de ferro, sendo, além de tudo, mais viável economicamente (SZARFARC, 1985). Ademais, garantir a prática alimentar com alta biodisponibilidade de ferro protege a criança contra a AFP e pode ser usada como uma intervenção básica nas redes de educação infantil (VITOLO; BORTOLINI, 2007).

Contudo, o ambiente também influencia na recuperação do quadro anêmico. Santos e colaboradores (2011) observaram que crianças em ambientes com poucos estímulos e poucas interações familiares apresentam maior risco de manutenção da

anemia. Além disso, práticas parentais positivas e maior envolvimento familiar contribuem para melhor adesão ao tratamento.

3.9 Idosos:

A anemia é uma condição frequente nos indivíduos da terceira idade. Nos idosos está frequentemente associada ao desenvolvimento de doenças crônicas, bem como pelo uso de alguns medicamentos (BARBOSA; ARRUDA; DINIZ, 2006; MILAGRES *et al.*, 2015). Além disso, pode ser considerada uma doença de base, de alguma condição subjacente, havendo a necessidade de investigação (REIS, s. d.).

Um achado relevante refere-se à saúde bucal dos idosos, observada durante a análise de alguns aspectos relacionados à sua funcionalidade Braz, Duarte e Corona (2019) identificaram a associação entre o bem-estar bucal e a anemia. Problemas de mastigação e deglutição podem acarretar no desenvolvimento da AFP, pois, consequentemente, irá interferir na ingestão dos alimentos e absorção dos nutrientes.

Somado a isso, outras variáveis influenciam no desenvolvimento dessa condição em idosos. Em um estudo, idosos da cor preta apresentaram maior prevalência de anemia, o que pode ser relacionado com condições socioeconômicas. Outro fator importante foi a presença de cuidadores, esses idosos também manifestaram maior prevalência da doença, o que sugere que esses idosos têm a saúde mais debilitada, provavelmente pelo maior número de doenças crônicas (BUFFON *et al.*, 2015).

No mais, existem problemáticas acerca de custos para o sistema de saúde, haja vista que idosos mais velhos, com quadros anêmicos são internados mais frequentemente, o que resulta em maior tempo de ocupação de leito, podendo exigir intervenções custosas com o uso de tecnologias mais avançadas. Além disso, a anemia é considerada um fator prognóstico significativo de mortalidade em idosos (MILAGRES *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2013).

Cumpre acrescentar que a AFP em idosos pode ter impactos na função cognitiva. Estudos observaram que baixas concentrações de hemoglobina estão associadas ao declínio da função cognitiva global dos idosos, principalmente em relação à memória (SOUZA *et al.*, 2018).

3.10 Fisiologia/ metabolismo do ferro:

O ferro é um elemento essencial à vida, e seu metabolismo é regulado por mecanismos intracelulares e sistêmicos que garantem o equilíbrio entre absorção, transporte, utilização e armazenamento. Segundo Grotto e colaboradores (2010), o organismo humano não possui uma via fisiológica eficaz para excretar o ferro excedente, sendo a hepcidina o principal regulador negativo da absorção intestinal e da liberação do ferro estocado. Assim, distúrbios nesse eixo regulatório podem resultar tanto em anemia ferropriva quanto em sobrecarga férrica, com importantes implicações clínicas.

3.11 Adolescentes:

Entre os grupos suscetíveis ao desenvolvimento da AFP pelo crescimento estão os adolescentes. Nessa fase da vida ocorre o aumento do volume de massa muscular, sanguíneo e capacidade respiratória, que são característicos na puberdade. Em estudo realizado por Iuliano, Frutuoso e Gambardella (2004), observou-se que a associação entre o estágio de maturação sexual e a presença de anemia estava relacionado ao sexo feminino. Isso pode ser justificado pelas influências que caracterizam a alimentação, influenciada pelos aspectos da beleza magra frequentemente ditada pela mídia, amigos e até mesmo familiares.

Todavia, ainda é necessário que estudos acerca do estágio de maturidade sexual, nível socioeconômico e o consumo alimentar de adolescentes de ambos os sexos sejam realizados, visando detectar outros fatores de risco para essa patologia nesse grupo (MARIATH *et al.*, 2006).

3.12 Populações vulneráveis socioeconomicamente (catadores):

Em estudo realizado com os catadores de material reciclável em Santos, encontrou-se uma prevalência de AFP moderada a severa. Sabe-se que o ritmo de trabalho dessa população envolve longas jornadas, esforço físico intenso, má alimentação e exposição a riscos principalmente biológicos. Outro fator agravante encontrado foi a infecção pelo vírus HIV, que mostrou uma forte associação com a anemia. Ainda que haja políticas públicas para o controle da AFP, essas populações desassistidas necessitam de uma maior atenção pelo governo, implementando leis que surtam efeito na vida deles (ROZMAN *et al.*, 2010).

3.13 Causas genética:

Entre as principais causas genéticas conhecidas da deficiência de ferro estão: atransferrinemia hereditária, uma doença rara, autossômica recessiva, com anemia microcítica hipocrônica e sobrecarga de ferro; aceruloplasminemias congênitas, caracterizada por ser uma doença autossômica recessiva, resultando em acúmulo de ferro e neurodegeneração; mutação no transportador divalente de metal, essas mutações levam à diminuição da utilização de ferro pelos eritroblastos, com sobrecarga hepática. Mutação na serina-protease TMPRSS6, resulta em hepcidina elevada, reduzida absorção de ferro e anemia hipocrônica microcítica refratária ao ferro oral, com resposta parcial ao ferro parenteral; mutações com perda da função da ferroportina, impedem a exportação de ferro do enterócito e macrófagos, levando a anemia microcítica hipocrônica com sobrecarga de ferro nos macrófagos e aumento da ferritina sérica (SAAD, 2010).

4. DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

Os resultados dessa revisão evidenciam a insistente problemática da anemia ferropriva em diferentes grupos populacionais. Corroborado por diversos autores, as medidas de prevenção e controle da patologia já propostas pelo governo podem ser eficazes, desde que sejam aplicadas precisamente.

Diante disso, essa revisão permitiu compreender os padrões em que a anemia se instala e quais são os grupos mais facilmente acometidos. É necessário reforçar as limitações das políticas públicas instauradas pelo governo, que necessitam de reforços.

Para a população, esses achados destacam a importância da adesão às orientações nutricionais e aos programas de suplementação oferecidos pelo sistema de saúde. Para os profissionais de saúde, os resultados não só agregam subsídios para o planejamento de intervenções mais direcionadas e eficazes, como também enfatizam a relevância da abordagem multiprofissional na identificação precoce e no acompanhamento dos indivíduos em risco.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de fortalecer a integração entre as ações de saúde pública e a prática clínica, visando à redução da prevalência e ao impacto da anemia ferropriva na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. N. de; RICCO, R. G.; CIAMPO, L. A. del; SOUZA, A. M.; PINHO, A. P.; OLIVEIRA, J. E. D. de. Fatores associados a anemia por deficiência de ferro em crianças pré-escolares brasileiras. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 229-234, 2004.
- ANDRÉ , H. P.; SPERANDIO, N.; SIQUEIRA, R. L. de; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E. Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, p. 1159-1167, 2018.
- ARAÚJO, L. R.; MARTINS, M. V.; SILVA, J. C.; SILVA, R. R. da. Aspectos gerais da deficiência de ferro no esporte, suas implicações no desempenho e importância do diagnóstico precoce. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 24, n. 3, p. 493-502, 2011.
- ARRUDA, E. F. de; ARAUJO, F. M. de; GUIMARÃES, M. G. da S.; NOGUEIRA, R.; RAMALHO, A. A.; SILVA-NUNES, M. da. Associação entre malária e anemia em área urbana de transmissão do Plasmodium: Mâncio Lima, Acre, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-8, 2016.
- ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M. L.; SANTOS, N. S.; OLIVEIRA, L. P. M. de; SANTOS, S. M. C. dos; PINHEIRO, S. M. C. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007.
- ASSUNÇÃO, M. F; SANTOS, I. S; Efeito da fortificação de alimentos com ferro sobre anemia em crianças: um estudo de revisão. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro:v. 23, n. 2, p. 169-281, 2007.

- AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S. da; FRANCESCHINI, S. do C. C.; SANTANA, L. F. da R.; LAMOUNIER, J. A. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n. 3, p. 827-836, 2013.
- BARBOSA, D. L.; ARRUDA, I. K. G.; DINIZ, A. S. Prevalência e caracterização da anemia em idosos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 24, n. 4, p. 288-292, 2006.
- BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C; Prevenção e tratamento da anemia nutricional ferropriva: novos enfoques e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 12, n. 3, p. 411-125, 1996.
- BATISTA FILHO, M.; O controle das anemias no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife: v. 4, n. 2, p. 121-123, 2004.
- BEZERRA, A. G. N.; LEAL, V. S.; LIRA, P. I. C. de; OLIVEIRA, J. S.; COSTA, E. C.; MENEZES, R. C. E. de; CAMPOS, F. A. C. de S. e; ANDRADE, M. I. S. de. Anemia e fatores associados em mulheres de idade reprodutiva de um município do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 21, e180001, 2018.
- BORTOLINI, G. A.; FISBERG, M. Orientação nutricional do paciente com deficiência de ferro. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 105-113, 2010.
- BORTOLINI, G. A.; VITOLO, M. R. Importância das práticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 23, n. 6, p. 1051-1062, 2010.
- BORTOLINI, G. A.; VITOLO, M. R. Impacto de orientação dietética sistemática no primeiro ano de vida nas prevalências de anemia e deficiência de ferro aos 12-16 meses. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 88, n.1, p. 33-39, 2012.
- BRAGA, J. A. P.; VITALLE, M. S. S. Deficiência de ferro na criança. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 38-44, 2010.
- BRAZ, V. L. B.; DUARTE, Y. A. O.; CORONA, L. P. A associação entre anemia e alguns aspectos da funcionalidade em idosos. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 24, n. 9, p. 3257-3264, 2019.
- BRUNKEN, G. S.; GUIMARÃES, L. V.; FISBERG, M. Anemia em crianças menores de 3 anos que frequentam creches públicas em período integral. **Jornal de Pediatria.** v. 77, n.1, p. 50-56, 2002.
- BUENO, M. B.; SELEM, S. S. de C.; ARÉAS, J. A. G.; FISBERG, R. M. Prevalência e fatores associados à anemia entre crianças atendidas em creches públicas de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 9, n. 4, p. 462-470, 2006.
- BUFFON, P. L. D.; SGNAOLIN, V.; ENGROFF, P.; VIEGAS, K.; CARLI, G. A. de. Prevalência e caracterização da anemia em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 373-384, 2015.
- CAMPOS, L. C.; BARBONI, A. R. Anemias Ferroprivas: causas, possíveis tratamentos, evidências e ocorrências obtidas a partir de uma revisão sistemática da Literatura Científica. In: BARBONI, A. R.; BARBONI, S. de A. V. (Orgs.) **Sapere audere + Ubuntu:** Relatos e experiências de quem se importa. Feira de Santana: NFSEE, 2024, p. 289-301.

CANÇADO, R. D.; BRASIL, S. A. B.; NORONHA, T. G.; CHIATTONE, C. S. Avaliação da eficácia do uso intravenoso de sacarato de hidróxido de ferro III no tratamento de pacientes adultos com anemia ferropriva. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 29, n. 2, p. 123-129, 2007.

CANÇADO, R. D.; LOBO, C.; FRIEDRICH, J. R. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via oral. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 114-120, 2012.

CAPANEMA, F. D. Estudo comparativo de eficácia terapêutica: dose única semanal x dose convencional diária de sulfato ferroso na anemia ferropriva. 2006. 75 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CARDOSO, M. A.; FERREIRA, M. U.; CAMARGO, L. M. A.; SZARFARC, S. C. Anemia em população de área endêmica de malária, Rondônia (Brasil). **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 161-166, 1992.

CARDOSO, M. A.; PENTEADO, M. de V. C. Intervenções Nutricionais na Anemia Ferropriva. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 231-240, 1994.

CARNEIRO, L. B. V.; CASTRO, I. R. R. de; JUVANHOL, L. L.; GOMES, F. da S.; CARDOSO, L. de O. Associação entre insegurança alimentar e níveis de hemoglobina e retinol em crianças assistidas pelo Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 1-12, 2020.

CASTRO, I. R. R.; PEREIRA, A. da S.; CARNEIRO, L. B. V.; CARDOSO, L. de O.; BEZERRA, F. F.; CITELLI, M.; OLIVEIRA, J. M.; MAIA, P. A.; MORAES, M. M. de; NOGUEIRA NETO, J. F.; SILVA, A. C. F. da; DAMIÃO, J. de J. Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A e consumo de ferro e de vitamina A entre crianças usuárias do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 37, n. 4, p. 1-7, 2021.

CASTRO, T. G.; SILVA-NUNES, M.; CONDE, W. L.; MUNIZ, P. T.; CARDOSO, M. A. Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 27, n. 1, p. 131-142, 2011.

CÔRTES, M. H.; VASCONCELOS, I. A. L.; COITINHO, D. C. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. **Revista de Nutrição.** Campinas: v. 22, n. 3, p. 409-418, 2009.

COSTA, J. T.; BRACCO, M. M.; GOMES, P. A. P.; GURGEL, R. Q. Prevalência de anemia em pré-escolares e resposta ao tratamento com suplementação de ferro. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76-79, 2011.

DIAS, P. C.; TELES, C. G.; MENDONÇA, D. F.; SAMPAIO, R. M.; HENRIQUES, P.; SOARES, D. da S. B.; PEREIRA, S.; BURLANDY, L. Concepções em disputa sobre o uso de suplementação e/ou fortificação de micronutrientes na alimentação escolar para prevenção da anemia. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022.

FABIAN, C.; OLINTO, M. T. A.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; BAIRROS, F.; NÁCUL, L. C. Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1199-1205, 2007.

FABRON JÚNIOR, A. Ferro endovenoso no tratamento da anemia ferropriva – seguro e eficaz. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 29, n. 2, p. 103-108, 2007.

- FERRAZ, T. S.; DANELUZZI, J. C.; VANNUCCHI, H.; JORDÃO JÚNIOR, A. A.; RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; MARTILELLI JÚNIOR, C. E.; ENGELBERG, A. A. D'A.; BONILHA, L. R. C. M.; CUSTÓDIO, V. I. C. Prevalência da carência de ferro e sua associação com a deficiência de vitamina A em pré-escolares. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro: v. 81, n. 2, p. 169-174, 2005.
- FERREIRA, A. A.; SANTOS, R. V.; SOUZA, J. A. M. de; WELCH, J. R.; COIMBRA JR, C. E. A. Anemia e níveis de hemoglobina em crianças indígenas Xavante, Brasil Central. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 20, n. 1, p. 102-114, 2017.
- FERREIRA, L. B.; MELO, L. F. de; MELO, M. E. F. de; SOUSA, T. M. de; MIRANDA, C.; PEREIRA, S. C. L.; NOTARO, K. A. M.; SANTOS, L. C. dos. Fatores assistenciais e gestacionais associados à anemia em nutrizes atendidas em um banco de leite humano. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 11, p. 3567-3575, 2018.
- FERREIRA, M. L. M.; FERREIRA, L. O. C.; SILVA, A. A. da; BATISTA FILHO, M. Efetividade da aplicação do sulfato ferroso em doses semanais no Programa Saúde da Família em Caruaru, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 19, n. 2, p. 375-381, 2003.
- FUJIMORI, E.; SZARFARC, S. C.; OLIVEIRA, I. M. V. Prevalência de Anemia e Deficiência de Ferro em Adolescentes do Sexo Feminino – Taboão da Serra, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 49-63, 1996.
- FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S.; SZARFARC, S. C.; VEIGA, G. V. da; OLIVEIRA, V. A. de; COLLI, C.; MOREIRA-ARAÚJO, R. S. dos R.; ARRUDA, I. K. G. de; UCHIMURA, T. T.; BRUNKEN, G. S.; YUYAMA, L. K. O.; MUNIZ, P. T.; PRIORE, S. E.; TSUNECHIRO, M. A.; FRAZÃO, A. das G. f.; PASSONI, C. R. M. S.; ARAÚJO,C. R. M. A. Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Revista de Saúde Pública.** v. 45, n. 6, p. 1027-1035, 2011.
- GONDIM, S. S. R.; DINIZ, A. da S.; SOUTO, R. A. de; BEZERRA, R. G. da S.; ALBUQUERQUE, E. C. de; PAIVA, A. de A. Magnitude, tendência temporal e fatores associados à anemia em crianças do Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Saúde Pública.** v. 46, n. 4, p. 649-656, 2012.
- GREER, F. R. Orientação dietética para a prevenção da anemia por deficiência de ferro em lactentes no Brasil: é preciso algo mais. **Jornal de Pediatria.** v. 88, n. 1, 2012.
- GROTTO, H. Z. W. Fisiologia e metabolismo do ferro. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 18-17, 2010.
- GUERRA, E. M.; BARRETTO, O. C. de O.; PINTO, A. V.; CASTELLÃO, K. G. Prevalência de deficiência de ferro em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil. Etiologia da anemia. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 88-95, 1992.
- HEIJBLOM, G. S; SANTOS, L. M. P; Anemia ferropriva em escolares da primeira série do ensino fundamental da rede pública de educação de uma região de Brasília, DF. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 10, n. 2, p. 258-266, 2007.
- IULIANO, B. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Anemia em adolescentes segundo maturação sexual. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 17, n. 1, p. 37-43, 2004.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. de A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria.** v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.

LEAL, L. P.; OSÓRIO, M. M. Fatores associados à ocorrência de anemia em crianças menores de seis anos: uma revisão sistemática dos estudos populacionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife: v. 10, n. 4, p. 417-439, 2010.

LEMOS, M. C. C.; LEITE, I. C. F.; OLIVEIRA, J. S.; MIGLIOLI, T. C.; SANTOS, M. C. dos; BATISTA FILHO, M. Anemia em alunos de escolas públicas no Recife: um estudo de tendências temporais. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 16, n. 10, p. 3993-4000, 2011.

LÍCIO, J. S. A.; FÁVARO, T. R.; CHAVES, C. R. M. M. Anemia em crianças e mulheres indígenas no Brasil: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 8, p. 2571-2581, 2016.

LIMA, A. C. V. M. S.; LIMA, M. C.; GUERRA, M. Q. F.; ROMANI, S. A. M.; EICKMANN, S. H.; LIRA, P. I. C. Impacto do tratamento semanal com sulfato ferroso sobre o nível de hemoglobina, morbidade e estado nutricional de lactentes anêmicos. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 452-457, 2006.

LIMA, M. R.; CAMINHA, M. de F. C.; SILVA, S. L. da; PEREIRA, J. de C. N.; FREITAS, D. L.; LIRA, P. I. C. de; BATISTA FILHO, M. Evolução temporal da anemia em crianças de seis a 59 meses no estado de Pernambuco, Brasil, 1997 a 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 26, p. 1-8, 2023.

LOPES, M. C. S.; FERREIRA, L. O. C.; BATISTA FILHO, M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 799-808, 1999.

MARIATH, A. B.; HENN, R.; MATOS, C. H. de; LACERDA, L. L. V. de; GRILLO, L. P. Prevalência de anemia e níveis séricos de hemoglobina em adolescentes segundo estágio de maturidade sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 9, n. 4, p. 454-461, 2006.

MARTINS, I. S.; ALVARENGA, A. T. de; SIQUEIRA, A. A. F. De; SZARFARC, S. C.; LIMA, F. D. de. As Determinações Biológica e Social da Doença: Um Estudo de Anemia Ferropriva. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 21, p. 73-89, 1987.

MILAGRES, C. S.; MORAES, K. B. D. de; FRANCESCHINI, S. C. C.; SANT'ANA, L. F. R.; LIMA, L. M.; RIBEIRO, A. Q. Prevalência e fatores associados à presença de anemia em idosos do município de Viçosa (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n. 12, p. 3733-3741, 2015.

MIRANDA, A. S.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E.; EUCLYDES, M. P.; ARAÚJO, R. M. A.; RIBEIRO, S. M. R.; NETTO, M. P.; FONSECA, M. M.; ROCHA, D. da S.; SILVA, D. G. da; LIMA, N. M. M.; MAFFIA, U. C. de C. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças com idade de 12 a 60 meses do município de Viçosa, MG. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 16, n. 2, p. 163-169, 2003.

MIRANDA, V. I. A.; BERTOLDI, A. D.; SILVEIRA, M. P. T.; FLORES, T. R.; LUTZ, B. H. Recomendação e uso de sulfato ferroso em crianças de 12 e 24 meses de idade: avaliação da coorte de nascimentos de Pelotas, RS, de 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, p. 1-12, 2020.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; BRUNKEN, G. S.; GROSS, R.; CONDE, W. L. A prescrição semanal de sulfato ferroso pode ser altamente efetiva para reduzir níveis endêmicos de anemia na infância. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 5, n.1, p. 71-83, 2002.

MORAIS, M. B; ALVES, G. M. S. A; FAGUNDES-NETO, U. Estado nutricional de crianças índias terenás: evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 383-389, 2005.

MORAIS, M. B. Deficiência de ferro nas afecções gastrointestinais da criança. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia,** p. 62-69, 2010.

MOURA, E. C.; SANTOS, A. M.; PACHECO, C. E. Anemia ferropriva em escolares de Campinas, São Paulo: prevalência, sensibilidade e especificidade de testes laboratoriais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 1, n. 2, p. 123-127, 2001.

NETTO, M. P.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, A. C. C. Interação entre vitamina A e ferro em diferentes grupos populacionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 7, n.1, p. 15-22, 2007.

NEUMAN, N. A.; TANAKA, O. Y.; SZARFARC, S. C.; GUIMARÃES, P. R. V.; VICTORA, C. G. Prevalência e fatores de risco para anemia no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v. 34, n. 1, p. 56-63, 2000.

NOVAES, T. G.; GOMES, A. T.; SILVEIRA, K. C. da; MAGALHÃES, E. I. da S.; SOUZA, C. L.; NETTO, M. P.; LAMOUNIER, J. A.; ROCHA, D. da S. Prevalência e Fatores Associados à Anemia em Crianças de Creches: uma análise hierarquizada. **Revista Paulista de Pediatria.** v. 35, n. 3, p. 281-288, 2017.

OLIVEIRA, A. C. M.; BARROS, A. M. R.; FERREIRA, R. C. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 37, n. 11, p. 505-511, 2015.

OLIVEIRA, A. P. D. N.; PASCOAL, M. N.; SANTOS, L. C. dos; PEREIRA, S. C. L.; JUSTINO, L. E. H.; PETARLI, G. B.; KITOKO, P. M. Prevalência de anemia e sua associação com aspectos sociodemográficos e antropométricos em crianças de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 18, n.11, p. 3273-3280, 2013.

OLIVEIRA, C. S. M.; CARDOSO, M. A.; ARAÚJO, T. S. de; MUNIZ, P. T. Anemia em crianças de 6 a 59 meses e fatores associados no Município de Jordão, Estado do Acre, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1008-1020, 2011.

OLIVEIRA, F. C. C.; COTTA, R. M. M.; SANTANA, L. F. Da R.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 16, n. 7, p. 3307-3316, 2011.

OLIVEIRA, J. S.; LIRA, P. I. C. de; OSÓRIO, M. M.; SEQUEIRA, L. A. de S.; COSTA, E. C.; GONÇALVES, F. C. L. da S. P.; BATISTA FILHO, M. Anemia, hipovitaminose A e insegurança alimentar em crianças de municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 13, n. 4, p. 651-664, 2010.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 361-367, 2005.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M.; RAPOSO, M. C. F. Fatores socioeconômicos e dietéticos de risco para a anemia em crianças de 6 a 59 meses de idade. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 39- 42, 2007.

ORELLANA, J. D. Y.; COIMBRA JR, C. E. A.; LOURENÇO, A. E. P.; SANTOS, R. V. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 383-388, 2006.

OSÓRIO, M. A. Fatores determinantes da anemia em crianças. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 269-278, 2002.

PAULA, W. K. A. S. de; CAMINHA, M. de F. C.; FIGUEIROA, J. N.; BATISTA FILHO, M. Anemia e deficiência de vitamina A em crianças menores de cinco anos assistidas pela Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 19, n. 4, p. 1209-1222, 2014.

PEDRAZA, D. F; ROCHA, A. C. D; SOUSA, C. P. da C. Crescimento e deficiências de micronutrientes: perfil das crianças assistidas no núcleo de creches do governo da Paraíba, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 18, n. 11, p. 3379-3390, 2013.

PEREIRA, J. F; OLIVEIRA, M. A. A; OLIVEIRA, J. S; Anemia em crianças indígenas da etnia Karapotó. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife: v. 12, n. 4, p. 375-382, 2012.

PESSOA, L. S.; SAUNDERS, C.; BELFORT, G. P.; SILVA, L. B. G. da; VERAS, L. S.; ESTEVES, A. P. V. dos S. Evolução temporal da prevalência de anemia em adolescentes grávidas de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 37, n. 5, p. 208-215, 2015.

PINTO, L. T.; SANT'ANA, J. A. G. de; OLIVEIRA JR, G. I. de; MESSEDER, J. C. Os mitos científicos: O uso de pregos no feijão para combater anemia ferropriva. **VII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação e Ciências.** Florianópolis, p. 1-12, 2000.

REIS, C. J. G. dos. Idosos com anemia por deficiência de ferro. Academia de Ciências e Tecnologia de São José do Rio Preto, [s. d.].

RIBEIRO, L. C.; SIGULEM, D. M. Tratamento da anemia ferropriva com ferro quelato glicinato e crescimento de crianças na primeira infância. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 21, n. 5, p. 483-490, 2008.

ROCHA, D. S.; CAPANEMA, F. D.; NETTO, M. P.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência e fatores determinantes da anemia em crianças assistidas em creches de Belo Horizonte – MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 15, n. 3, p. 675-684, 2012.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. F. Deficiência de ferro na mulher adulta. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 49-52, 2010a.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 53-56, 2010b.

RODRIGUES, V. C.; MENDES, B. D.; GOZZI, A.; SANDRINI, F.; SANTANA, R. G.; MATIOLI, G. Deficiência de ferro, prevalência de anemia e fatores associados em crianças de creches públicas do oeste do Paraná, Brasil. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 24. n. 3, p. 407-420, 2011.

- ROZMAN, M. A.; AZEVEDO, C. H. de; JESUS, R. R. C. de; MOLDERO FILHO, R.; PEREZ Junior, V. Anemia em catadores de material reciclável que utilizam carrinho de propulsão humana no município de Santos. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 13, n. 3, p. 326- 336, 2010.
- SAAD, A. T. O. Causas genéticas de deficiência de ferro. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 99-104, 2010.
- SALZANO, A. C.; TORRES, M. A. A.; BATISTA FILHO, M.; ROMANI, S. de A. M. Anemias em crianças de dois serviços de saúde de Recife. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 19, n.6, p. 499-507, 1985.
- SANCHES, E. M. C.; BARROS, M. D.; MELLO, P. R. B. Anemia em pessoas da cidade de Cáceres/MT e suas relações com renda per capita. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo.** São Paulo, v. 30, n. 3, p. 165-168, 1988.
- SANTANA, M. A. P.; NORTON, R. C.; FERNANDES, R. A. F. Deficiência de ferro: ainda a principal etiologia entre crianças encaminhadas por motivo de anemia para serviço especializado de hematologia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 9, n. 3, p. 311-318, 2009.
- SANTOS, E. B.; AMANCIO, O. M. S.; OLIVA, C. A. G. Estado nutricional ferro, cobre e zinco em escolares de favelas da cidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 53, n. 4, p. 323-328, 2007.
- SANTOS, I.; CÉSAR, J. A.; MINTEN, G.; VALLE, N.; NEUMANN, N. A.; CERCATO, E. Prevalência e fatores associados à ocorrência de anemia entre menores de seis anos de idade em Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 7, n. 4, p. 403-415, 2004.
- SANTOS, J. N.; LEMOS, S. M. A.; VIEIRA, T.; LAMOUNIER, J. A. Fatores favoráveis à recuperação do quadro clínico de crianças anêmicas: um estudo exploratório. **Revista CEFAC.** v. 13, n. 4, p. 617-627, 2011.
- SANTOS, L. G. M. L.; FERREIRA, C. M. X.; AZEVEDO, A. B.; SANTOS, S. L. S.; KASSAR, S. B.; CARDOSO, M. A.; FERREIRA, H. da S. Evolução da prevalência de anemia em crianças quilombolas, segundo dois inquéritos de base populacional em Alagoas, Brasil (2008 – 2018). **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.
- SANTOS, M. M.; NOGUEIRA, N. N.; DINIZ, A. S. Efetividade de diferentes estratégias de intervenção com ferro nos níveis de hemoglobina e ferritina em escolares de Teresina, Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1547-1552, 2007.
- SILVA, C. L. A.; LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; PEIXOTO, S. V. Anemia e nível de hemoglobina como fatores prognósticos da mortalidade entre idosos residentes na comunidade: evidências da Coorte de Idosos de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2241-2250, 2013.
- SILVA, D. G.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. Fatores de risco para anemia em lactentes atendidos nos serviços públicos de saúde: a importância das práticas alimentares e da suplementação com ferro. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 149-156, 2007.
- SILVA, E. B.; VILLANI, M. S.; JAHN, A. do C.; COCO, M. Prevalência da anemia em crianças avaliada pela palidez palmar e exame laboratorial: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery.** v. 15, n. 3, p. 497-505, 2011.

SILVA, L. S. M. da; GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R. G. de C. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v. 35, n. 1, p. 66-73, 2001.

SILVA, M. A.; CARVALHO, C. A. de; FONSECA, P. C. de A.; VIEIRA, S. A.; RIBEIRO, A. Q.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Prevalência e fatores associados à anemia ferropriva e hipovitaminose A em crianças menores de um ano. **Caderno de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 362-367, 2015.

SOUSA, F. G. M.; ARAÚJO, T. L. Fatores de risco para carência nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do modelo campo de saúde. **Texto Contexto Enfermagem.** v. 13, n. 3, p. 420-426, 2004.

SOUSA, N. D. S.; MENEZES, T. N. de; SILVA, N. de A.; EULÁ LIO, M. do C.; PAIVA, A. de A. Prevalência de anemia e correlação da concentração de hemoglobina com fatores cognitivos em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 3, p. 935-944, 2018.

SOUTO, T. S.; OLIVEIRA, M. de N.; CASOY, F.; MACHADO, E. H. S.; JULIANO, Y.; GOUVÉA, L. C.; ARMOND, J. E. Anemia e renda per capita familiar de crianças frequentadoras da creche do Centro Educacional Unificado Cidade Dutra, no Município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria.** v. 25, n. 2, p. 161-166, 2007.

SOUZA, A. I.; BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 24, n. 1, p. 29-36, 2002.

SOUZA, S. B; SZARFARC, S. C; SOUZA, J. M. P; Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 31, n. 1, p. 15-20, 1997.

SZARFARC, S. C. Anemia ferropriva em populações da região do sul do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 6, p. 126-133, 1972.

SZARFARC, S. C. Diagnóstico de deficiência de ferro na infância. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo: v. 19, p. 278-284, 1985.

SZARFARC, S. C. Políticas públicas para o controle da anemia ferropriva. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 2-7, 2010.

TORRES, M. A. A.; BRAGA, J. A. P.; TADDEI, J. A. A. C.; NOBREGA, F. J. Anemia em lactentes de baixa renda em aleitamento materno exclusivo. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 284-288, 2006.

TORRES, M. A. A.; LOBO, N. F.; SATO, K; QUEIROZ, S. S. Fortificação do leite fluido na prevenção da anemia carencial ferropriva em crianças ,menores de 4 anos. **Revista de Saúde Pública.** v. 30, n. 4, p. 350-357, 1996.

VASCONCELOS, P. N. de; CAVALCANTI, D. S.; LEAL, L. P.; OSÓRIO, M. M.; BATISTA FILHO, M. Tendência temporal e fatores determinantes da anemia em crianças de duas faixas etárias (6-23 e 24-59 meses) no Estado de Pernambuco, Brasil, 1997 - 2006. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 30, n. 8, p. 1777-1787, 2014.

VELLOZO, E. P; FISBERG, M; O impacto da fortificação de alimentos na prevenção da deficiência de ferro. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 134-139, 2010.

VIANNA, A. dos S.; CÂMARA, V. de M.; BARBOSA, M. C. de M.; SANTOS, A. de S. E.; ASMUS, C. I. R. F.; LUIZ, R. R.; JESUS, I. M. de. Exposição ao mercúrio e anemia em crianças e adolescentes de seis comunidades da Amazônia Brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 27, n. 5, p. 1859-1871, 2022.

VIANNA, G. M. C.; GONÇALVES, A. L. Comparação entre dois métodos de suplementação de ferro para a prevenção da anemia ferropriva no primeiro ano de vida em crianças nascidas prematuras. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 315-320, 2002.

VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. da S.; COSTA, A. C. S.; MOURA, F. A.; FLORÊNCIO, T. M. de M. T.; TORRES, Z. M. C. Prevalência e fatores de risco para anemia em crianças pré-escolares do Estado de Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 10, n. 1, p. 107-116, 2010.

VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. S.; Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 23, n. 3, p. 433-444, 2010.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. Biodisponibilidade do ferro como fator de proteção contra anemia entre crianças de 12 a 16 meses. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 33-38, 2007.

VITOLO, M. R; BOSCAINI, C; BORTOLINI, G. A; Baixa escolaridade como fator limitante para o combate à anemia entre gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 28, n. 6, p. 331-339, 2006.

ZALTMAN, C.; COSTA, M. H. M. Deficiência de ferro nas afecções gastrointestinais do adulto. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** v. 32, Supl. 2, p. 70-77, 2010.

ANEMIA FERROPRIVA (AFP): ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA ANÁLISE DOS DADOS DISPONÍVEIS NO SITE DO DATASUS

Laís Chaves Campos¹
André Renê Barboni²

1. INTRODUÇÃO:

A Organização Mundial da Saúde define a anemia como uma condição em que o nível de hemoglobina no sangue está abaixo do padrão, devido à deficiência de um ou mais nutrientes fundamentais. Quando o nível de ferro está abaixo dos limites estabelecidos, tem-se a anemia por deficiência de ferro, ou ferropriva (AFP). As causas do desenvolvimento da AFP variam desde a baixa ingestão de ferro até deficiências metabólicas do próprio indivíduo, e, conhecer a causa é fundamental para obter êxito no tratamento (CAMPOS; BARBONI, 2025).

A AFP pode causar impactos negativos à saúde dos indivíduos acometidos. Crianças costumam apresentar retardos no desenvolvimento psicomotor, enquanto adultos frequentemente manifestam sintomas como cansaço, indisposição, sonolência e outros que comprometem o desempenho de suas atividades cotidianas. Idosos, por sua vez, estão mais suscetíveis a quedas decorrentes de tonturas causadas por esta condição (CAMPOS; BARBONI, 2025).

Diante disso, é necessário caracterizar as populações mais afetadas pela patologia. Entre elas, destacam-se as mulheres, especialmente em idade reprodutiva, pois apresentam o chamado ciclo do ferro aberto (menstruação); as crianças na primeira infância, em razão do crescimento acelerado que exige maior aporte desses nutrientes; e os idosos, que comumente fazem uso de múltiplos medicamentos, o que pode indicar a presença de comorbidades. Além disso, alguns fatores podem ser determinantes para o desenvolvimento dessa anemia, como condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e várias outras.

Entretanto, medidas educativas podem ser eficazes no combate a essa condição. Diversos autores já demonstraram a eficácia da fortificação de alguns alimentos com ferro, como farinhas de trigo, é uma estratégia considerada viável. Além disso, o problema pode ser mitigado desde a base, por meio de orientações simples à população, como evitar a ingestão de alimentos ricos em cálcio (ex.: leite) logo após o consumo de alimentos ricos em ferro, uma vez que o cálcio inibe a absorção do ferro (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005).

No mais, o tratamento da condição irá depender do grau na qual ela se encontra. Normalmente, a primeira linha de tratamento consiste na administração de

1 Estudante de Farmácia da UEFS. Bolsista de Iniciação Científica (FAPESB).

2 Professor Pleno do Departamento de Saúde da UEFS.

sulfato ferroso, em comprimido por via oral, durante alguns meses (CARDOSO; PENTEADO, 1994). As opções ditas mais invasivas, como administração venosa de ferro, são reservadas a população mais vulnerável (grávidas, idosos) que necessitam de uma rápida resolutividade (CANÇADO *et al.*, 2007).

De acordo com dados disponíveis no DATASUS/MS, as internações por anemia ferropriva são frequentes, o que gera custos para o sistema de saúde e, consequentemente, para o país. Por isso, enfrentar a doença desde a base, além dos benefícios para a saúde da população, pode ser uma alternativa economicamente mais viável.

Neste trabalho, os autores analisam os dados do Brasil, disponíveis no *site* do DATASUS/MS sobre anemia, e mais especificamente a AFP, para tecer considerações que possam, quem sabe, ajudar no norteamento de políticas públicas que sejam mais efetivas e eficazes do combate aos males causados por este problema de saúde.

2. METODOLOGIA:

O DATASUS é o Departamento do Ministério da Saúde responsável pelo desenvolvimento, manutenção, implantação dos Sistemas de Informação em Saúde. Os municípios brasileiros e as instituições de saúde públicas e privadas, conveniadas com o SUS (Sistema Único de Saúde), alimentam estes sistemas com os dados que são depois analisados, tratados e disponibilizados na internet, para uso da população, dos profissionais de saúde e dos pesquisadores.

Este trabalho se baseou em dois sistemas: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e; o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). O primeiro, foi construído com base no preenchimento da Declaração de Óbito (DO), um documento oficial de abrangência nacional e foram utilizados os dados disponíveis do período de 1996 a 2024, onde a causa básica do óbito está codificada de acordo com a décima revisão da Codificação Internacional de Doenças (CID-10); o segundo sistema, se baseia nos informes dos serviços de saúde ao Ministério da Saúde, com relação aos procedimentos das internações, para efeito de faturamento. Enquanto que para o primeiro sistema há um atraso de cerca de dois anos para que a informação se torne disponível no *site* do DATASUS/MS (tempo necessário para codificar a causa básica e consolidar todos os dados à nível nacional), os dados do segundo sistema, têm, pela sua própria natureza, um processamento mais dinâmico, são disponibilizados mês a mês e o atraso na disponibilização dos dados é de cerca de dois meses.

Para o SIH/SUS, se trabalhou com os dados do mesmo período (1996-2024), por local de residência, mas o DATASUS/MS a partir de 2008 apresenta os dados com mais detalhe, incluindo as variáveis: caráter do atendimento; regime e; cor/raça.

Sendo assim, foi realizado um estudo descritivo da mortalidade por Anemia e AFP, no Brasil, para o período de 1996 a 2024. Além dos dados do SIM, foram utilizados os dados do SIH/SUS e de população do Brasil e regiões, por sexo e faixa etária,

provenientes dos censos e estimativas populacionais produzidas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), disponibilizados, também, no site do DATASUS/MS.

O teste de chi-quadrado foi utilizado para apoiar algumas análises. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) – (ANDRADE; MELLO-JORGE, 2016), que desconsidera os óbitos ocorridos em indivíduos menores de um ano e maiores de 70 anos, também foi utilizado na nossa análise. A construção, por outro lado, das Tábuas de Vida de Múltiplo Decremento (BARBONI, 2002; FERREIRA; BARBONI, 2023), nos permite explorar a hipótese e calcular os Anos Potenciais de Vida Ganhos (APVG), caso um determinado grupo de causa de óbito deixasse de ocorrer, mas considerando que todas as demais causas de óbito ainda pudessem atuar sobre esses sobreviventes. É um cálculo mais complexo, portanto, mas que pode ser facilmente desenvolvido com o uso de qualquer planilha eletrônica. Nos valemos do LibreOffice Calc para isso.

O uso dessas técnicas, no entanto, exigem que os dados de população e óbito sejam confiáveis, mas o sub-registro de óbitos, no Brasil, faz com que sejam necessárias correções para se evitar a superestimação da Esperança de Vida na população analisada. Utilizando-se do material produzido pelo IBGE (2013), é possível definir os fatores de correção de óbitos para os dados disponibilizados pelo site do DATASUS. Considera-se que a partir de um ano, o sub-registro de óbitos é constante. Construindo, então, a Tábua de Vida para o ano censitário de 2010 com os dados sugeridos de correção (1,06 – homens e 1,10 – mulheres), e ajustando os dados de óbitos informados no site do DATASUS com os óbitos das tabelas construídas pelo IBGE (2013) percebeu-se que o melhor ajuste se dava com um fator de correção de 1,1544 e 1,17245, respectivamente, para as populações masculina e feminina menores de um ano e 1,068 e 1,0975 para quem tinha um ano ou mais, para homens e mulheres nessa ordem. Usando esses valores, pode-se estimar o sub-registro de óbitos para cada ano. Os óbitos por Causa Externa são considerados sem sub-registro e, portanto, para eles o fator de correção é 1, independentemente da idade ou do sexo (FERREIRA; BARBONI, 2023, p. 233).

Por fim, tal como foi feito no trabalho de Ferreira e Barboni (2023), este trabalho se inspirou no artigo de Greenstone e Nigam (2020) para arbitrar um valor financeiro às mortes por Anemia, no Brasil, ocorridas entre 1996 e 2024. A ideia básica por trás disso é nos ajudar a compreender o quanto estamos perdendo por não tomarmos as medidas necessárias e suficientes para se evitar essas mortes e suas terríveis consequências. Essas medidas incluem mudanças de hábitos que são fundamentais para transformar a realidade e o montante destas cifras talvez sejam o estímulo que faltava para que isso se dê. Essa é a nossa esperança. São três indicadores que podem ajudar a despertar o interesse dos gestores para fazer a diferença necessária para melhoria do quadro atual.

3. RESULTADOS:

Os dados do SIM disponibilizados pelo DATASUS/MS, via TABNET (aplicativo de tabulação do *site*), não permite identificar os óbitos por AFP e estão agrupados com o código “053 Anemias” (CID-BR-10) e foi isso que selecionamos para as nossas análises dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade.

No período de janeiro de 1996 a dezembro de 2024, ocorreram, no Brasil, 117.502 óbitos por anemias, o que equivaleu a uma taxa de mortalidade de 2,12 óbitos/100 mil habitantes, com predominância de óbitos entre os homens (2,15 masculino/2,08 feminino). A tabela 1, resume essa mortalidade considerando as variáveis sexo e faixa etária, segundo as cinco regiões brasileiras, no período se 1996 a 2024. Em amarelo destacou-se os dados que superaram a média brasileira. Note-se que a Região Sul, foi a única cujos dados ficaram abaixo da média, o que pode indicar que ali existem fatores que podem estar, de alguma forma, protegendo a população da Anemia e que vale a pena investigar mais de perto. Outro destaque importante diz respeito à população feminina da Região Norte, cuja taxa de mortalidade ficou abaixo da Região Sul. Isso, também, vale a pena ser investigado em um outro trabalho.

Tabela 1 – Mortalidade proporcional por Anemias (óbitos/100.000), segundo região, sexo e faixa etária. Brasil, 1996-2024.

Sexo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Masculino	2,08	2,58	2,20	1,46	1,74	2,15
Feminino	1,58	2,33	2,27	1,63	1,49	2,08
Faixa etária (anos)						
<5	1,98	2,97	1,00	0,60	1,37	1,67
5 a 9	0,50	0,47	0,32	0,20	0,44	0,38
10 a 19	0,63	0,59	0,46	0,26	0,54	0,50
20 a 59	1,35	1,38	1,15	0,64	1,00	1,14
60 e +	10,59	12,68	11,40	8,62	8,69	11,07

FONTE: DATASUS/MS– Sistema de Informação sobre Mortalidade. IBGE – Censos e estimativas populacionais.

OBS.: Em destaque os valores que superaram a média brasileira.

Os dados de população disponibilizados no *site* do DATASUS/MS não são discriminados segundo as variáveis Escolaridade e Raça/Cor da pele. Assim sendo, na tabela 2, os dados de mortalidade por Anemias (Código 053 da CID-BR-10) são apresentados apenas o quantitativo de óbitos ocorridos entre 1996 e 2024 e destacou-se, em amarelo, os dados que ficaram acima do esperado quando se procedeu ao cálculo do Chi-quadrado. Todos estas diferenças se mostraram estatisticamente significantes e mostram que no Brasil, aqui também, as regiões Sul e Sudeste apresentam um perfil de mortalidade mais parecido, mas não totalmente igual e que o desenvolvimento de uma boa política pública precisa levar em consideração as desigualdades e especificidades de

cada região e a comparação deve ser feita sempre no sentido de identificar os grupos vulneráveis para lhes dar a atenção necessária e jamais no sentido de descriminar.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por Anemias, segundo região, sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor da pele. Brasil, 1996-2024.

Sexo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Masculino	4.812	19.285	25.206	5.758	3.535	58.596
Feminino	3.595	18.304	27.248	6.656	3.065	58.868
Faixa etária (anos)						
<5	941	4.009	1.738	361	470	7.519
5 a 9	239	653	576	124	153	1.745
10 a 19	608	1.768	1.747	339	392	4.854
20 a 59	3.154	11.032	15.153	2.879	2.290	34.508
60 e +	3.440	20.061	33.122	8.708	3.282	68.613
Escolaridade						
Nenhuma	1.943	10.735	7.941	2.229	1.470	24.318
E. Fundamental	2.864	9.889	19.602	5.255	2.219	39.829
E. Médio	904	2.650	6.373	1.183	824	11.934
E. Superior	256	810	2.264	384	282	3.996
Ignorado	2.447	13.522	16.282	3.364	1.808	37.425
Raça/cor da pele						
Branca	1.616	9.415	27.079	9.743	2.397	50.250
Preta	501	2.987	6.593	697	547	11.325
Amarela	32	189	465	69	44	799
Parda	5.261	18.573	13.206	911	2.823	40.774
Indígena	250	107	47	30	133	567
Ignorado	754	6.335	5.074	965	659	13.787

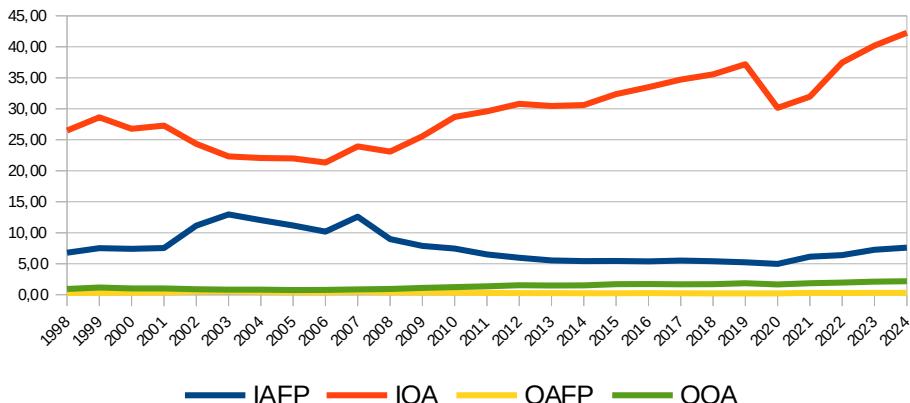
FONTE: DATASUS/MS- Sistema de Informação sobre Mortalidade. IBGE – Censos e estimativas populacionais.

OBS.: Em destaque os valores que superaram o valor esperado no teste de Chi-quadrado de forma estatisticamente significante (Sexo: p = 9,245E-81; Faixa etária: p = 0; Escolaridade: p = 0; Raça/cor da pele: p = 0). Para o cálculo do Chi-quadrado os valores ignorado fora desconsiderados.

Quando se analisa a série histórica das internações por Anemia através dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), levando-se em conta não só as internações mas também os óbitos (Figura 1), percebe-se que mesmo com a correção dos dados de acordo com o crescimento da população, a

tendência é de aumento, o que já é um bom indicativo de que as políticas públicas e os tratamentos necessitam de melhorias e não estão tendo a resolutividade que se espera.

Figura 1 – Internação e óbitos por Anemia Ferropriva (AFP) e outras Anemias (OA), para cada 100 mil habitantes. Brasil, 1998-2024.



FONTE: DATASUS/MS – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. IBGE – Censos e estimativas populacionais.
OBS.: Não se encontrou no site do DATASUS/MS os dados para os anos de 1996 e 1997.

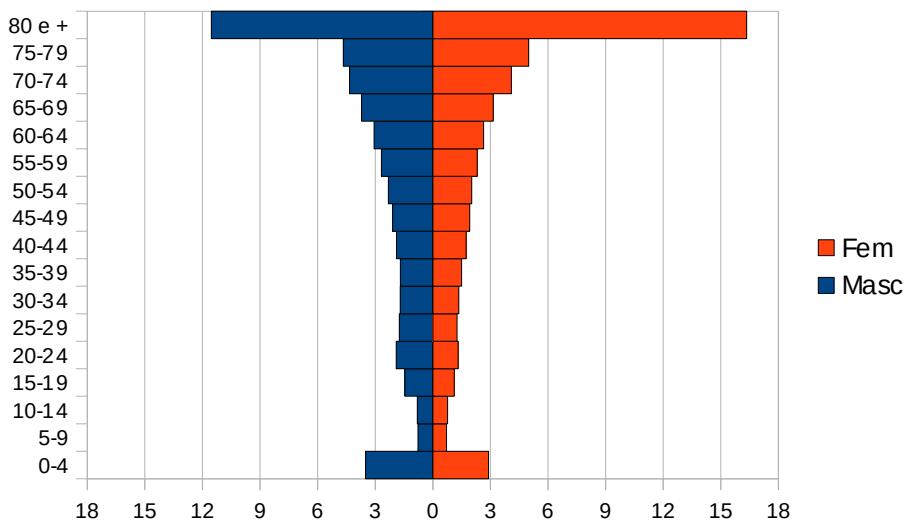
Isso é ainda mais preocupante quando se compara o percentual das pessoas internadas no SUS por Anemia em relação ao total de óbitos por essa morbidade informador pelo SIM. De 1998 a 2010, os valores oscilaram na faixa dos 60%, com um pico em 1999 (70,74%) e um vale em 2006 (56,70%), depois subiram para 72,29% (2011), continuaram subindo até 2015 (92,05%), oscilaram na faixa dos 90%, para finalmente ultrapassar os 100% a partir de 2022. Desconhecemos os valores das internações fora da rede hospitalar do SUS, mas supomos que ela ultrapasse os 40%, o que nos leva a supor, também que parte das internações por Anemia que resultaram em óbito, muito provavelmente tiveram outras complicações e morbilidades que na determinação da Causa Básica do Óbito foi cadastrada com outra codificação, mas isso, por sua vez, nos leva a cogitar na hipótese de que as Anemias estão sendo subestimadas quanto à sua capacidade de debilitar o paciente internado a ponto do quadro clínico se complicar levando-o à óbito e isso deve se dar em maior frequência em pacientes idosos, o que pode ser confirmado pelo perfil de mortalidade, segundo o sexo e faixa etária (figura 2). Certamente, uma investigação mais aprofundada nos prontuários destes pacientes seria de inestimável valor científico para a adoção de medidas protetivas a estes pacientes.

A tabela 3 resume os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), o percentual e a taxa de APVP pela mortalidade por Anemia, calculados para o período de 1996 a 2024 segundo a metodologia dos trabalhos de Andrade e Mello-Jorge (2013) e Ferreira e Barboni (2023). Foram perdidos, neste período 1.954.832 anos potenciais de vida, o que representou uma taxa de 37,11 anos perdidos para cada 100.000 habitantes. A parcela da

Fábrica de Mundos
ousando realizar o sonho de uma vida melhor

população mais afetada foi entre os menores de cinco anos e na população economicamente ativa, com a população masculina sendo afetada em torno de 1,2 vezes mais que a população feminina.

Figura 2 – Distribuição dos óbitos por Anemia, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 1996-2024.



FONTE: DATASUS/MS- Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Tabela 3 – Anos potenciais de vida perdidos, percentual e taxa por Anemias, segundo região, sexo, faixa etária. Brasil, 1996-2024.

Faixa etária (anos)	Total			Masculino			Feminino		
	APVP	%	Taxa APVP	APVP	%	Taxa APVP	APVP	%	Taxa APVP
1-4	507.533	25,96	112,74	277.425	25,97	120,87	229.298	25,90	103,91
5-9	109.935	5,62	23,82	57.204	5,35	24,33	52.605	5,94	23,23
10-14	107.184	5,48	22,19	54.868	5,14	22,36	52.316	5,91	22,01
15-19	159.318	8,15	32,03	90.047	8,43	35,84	69.271	7,82	28,14
20-29	332.378	17,00	34,93	194.604	18,22	41,01	137.638	15,55	28,85
30-39	259.612	13,28	30,21	140.864	13,19	33,46	118.712	13,41	27,07
40-49	228.302	11,68	32,62	118.983	11,14	35,12	109.242	12,34	30,26
50-59	169.524	8,67	32,69	90.613	8,48	36,67	78.864	8,91	29,04
60-69	81.048	4,15	23,47	43.659	4,09	27,38	37.367	4,22	20,11
Total	1.954.832	100	37,11	1.068.267	100	41,05	885.312	100	33,22

FONTE: DATASUS/MS – Sistema de Informação sobre Mortalidade. IBGE – Censos e estimativas populacionais. APVP: anos potenciais de vida perdido; Taxa APVP: anos potenciais de vida perdidos por 100 mil.

A tabela 4 resume os nossos achados com relação ao custo estimado das vidas perdidas, onde a cifra de 905,983 bilhões de dólares aparece nessa sinistra contabilidade. Também, é mostrado nesta tabela o número de óbitos por Anemias, ocorridos no Brasil no período de 1996 a 2024, onde 117.239 vítimas foram contabilizadas pelas estatísticas oficiais disponibilizadas no site do DATASUS (órgão responsável pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde brasileiro). A média da população, por faixa etária, foi calculada tomando-se como base as populações dos anos censitários e estimativas populacionais de anos intercensitários, disponibilizadas no site do DATASUS e, também, estão apresentadas na tabela 4. A taxa média de Mortalidade por Anemias, neste período, foi 2,1 óbitos para cada 100 mil habitantes.

Tabela 4 – População Média (segundo sexo), total de óbitos, valor atribuído à vida humana (VAVH) e custo monetário estimado pelas vidas perdidas pelas Anemias, segundo faixa etária. Brasil, 1996-2024.

Faixa etária (anos)	Média da População (1996-2024)			Total	VAVH*	Custo
	Masculino	Feminino	Total			
0-9	16.021.194	15.416.672	31.437.866	9.264	14,7	136,181
10-19	17.126.584	16.684.294	33.810.878	4.854	15,3	74,266
20-29	8.461.702	8.195.029	16.656.732	7.305	16,1	117,611
30-39	8.664.881	8.489.265	17.154.146	7.313	15,8	115,545
40-49	16.361.226	16.449.505	32.810.731	8.953	13,8	123,551
50-59	14.518.117	15.119.713	29.637.830	10.937	10,3	112,651
60-69	11.683.241	12.450.554	24.133.794	14.736	6,7	98,731
70-79	8.520.426	9.363.862	17.884.288	21.196	3,7	78,425
80 e +	1.157.865	1.825.970	2.983.835	32.681	1,5	49,022
Total	93.738.122	97.355.967	191.094.089	117.239		905,983

FONTE: DATASUS/MS – Sistema de Informação sobre Mortalidade. IBGE – Censos e estimativas populacionais. APVP: anos potenciais de vida perdido; Taxa APVP: anos potenciais de vida perdidos por 100 mil.

* Valores Atribuídos à Vida Humana com base no trabalho de Greenstone e Nigam (2020).

OBS.: Os números estão na notação brasileira (a vírgula representa a casa decimal).

A tabela 5 resume os resultados obtidos com os cálculos das Tábuas de Vida de Múltiplo Decremento (BARBONI, 2002), que trabalham sobre a possibilidade teórica de eliminação dos óbitos por Anemia, considerando que isso não evita a possibilidade desses sobreviventes virem a morrer pelas demais causas de óbito. Os cálculos consideram uma população inicial com 100 mil pessoas (masc., fem. ou hab.), uns vão morrendo, outros sobrevivendo, e os valores representam a diferença entre os anos vividos além daquela idade X considerando as condições existentes naquela população (*real*) e o que se viveria a mais, caso não se morresse mais por Anemia (*hipotético*). Em termos de esperança de vida ao nascer isso dá uma sobrevida de 16,8|20,5|18,7 para cada masc.|fem.|hab.

Pode não parecer muito, certamente há outras morbidades/agravos que se fossem eliminados teriam um impacto maior na Esperança de Vida da população, mas há de se considerar o que dissemos anteriormente, que existem muitos óbitos de pessoas internadas para tratar uma anemia que apresentaram complicações e, provavelmente,

outras comorbidades, e cuja causa básica do óbito se apresenta com outra codificação diferente do objeto deste estudo. Então, todo o esforço que consiga reduzir, melhorar e de preferência eliminar o risco de morte por Anemia, também estará contribuindo significativamente para a redução destas outras mortes.

Tabela 5 – Anos vividos além de X real (T_x) e hipotético ($T_{x.}$) (Anos Potenciais de Vida Ganhos – APVG), eliminando as Anemias como fator de risco de morte, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2024.

Faixa etária (anos)	$ T_x - T_{x.} $			$ T_x - T_{x.} /T_x (\%)$		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0	4.596	5.627	5.133	0,06	0,07	0,07
1	4.596	5.627	5.133	0,06	0,07	0,07
2	4.595	5.627	5.132	0,06	0,07	0,07
3	4.594	5.625	5.131	0,06	0,07	0,07
4	4.592	5.623	5.129	0,07	0,07	0,07
5	4.590	5.621	5.126	0,07	0,08	0,07
10	4.573	5.602	5.109	0,07	0,08	0,08
15	4.546	5.571	5.080	0,08	0,09	0,08
20	4.503	5.525	5.036	0,08	0,09	0,09
25	4.438	5.464	4.972	0,09	0,10	0,10
30	4.300	5.385	4.889	0,10	0,11	0,10
35	4.244	5.288	4.787	0,11	0,12	0,11
40	4.122	5.174	4.669	0,12	0,13	0,13
45	3.979	5.037	4.529	0,13	1,14	0,14
50	3.814	4.870	4.363	0,15	0,16	0,16
55	3.622	4.675	4.169	0,17	0,18	0,18
60	3.390	4.443	3.937	0,20	0,21	0,21
65	3.115	4.163	3.659	0,24	0,25	0,25
70	2.788	3.826	3.326	0,30	0,30	0,30
75	2.396	3.422	2.927	0,39	0,38	0,39
80	1.954	2.931	2.458	0,52	0,51	0,52

FONTE: DATASUS/MS – Sistema de Informação sobre Mortalidade. IBGE – Censos e estimativas populacionais.

OBS.: Os números estão na notação brasileira (a vírgula representa a casa decimal).

A tabela 6 apresenta o valor total e *per capita* (tomando-se como base a média da população no período considerado), em reais sem correção da inflação, das internações no SUS por Anemia. Embora o valor *per capita* possa parecer baixo, os valores totais são bem preocupantes, ainda mais, se forem computadas as vidas perdidas e os valores que esse adoecimento implica em dias de trabalho paralisados para a economia brasileira e outros custos diretos e indiretos que toda morbidade/mortalidade implica, entre eles, e não menos importante, o emocional, com forte impacto na Saúde Mental.

Tabela 6 – Valor total e *per capita* (VPC) das internações por anemia no Sistema Único de Saúde, segundo Região e tipo da anemia. Brasil, 1996-2024.

	Anemia Ferropriva		Outras Anemias		Total	
	Valor (R\$)	VPC (R\$)	Valor (R\$)	VPC (R\$)	Valor (R\$)	VPC (R\$)
Norte	7.111.871,96	0,45	63.656.969,36	4,03	70.768.841,32	4,48
Nordeste	38.533.155,82	0,73	215.859.950,95	4,09	254.393.106,77	4,82
Sudeste	49.831.970,73	0,62	431.984.245,59	5,34	481.816.216,32	5,96
Sul	18.342.687,48	0,66	178.102.127,89	6,44	196.444.815,37	7,10
Centro-Oeste	8.578.014,29	0,61	62.788.845,87	4,46	71.366.860,16	5,07
Brasil	122.397.700,28	0,64	952.392.139,66	4,98	1.074.789.839,94	5,62

FONTE: DATASUS/MS- Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. IBGE – Censos e estimativas populacionais.

OBS.: Em destaque os valores que ficaram acima da média brasileira.

Vale um destaque para a Região Sul, que segundo a tabela 1 parecia estar de alguma forma mais protegida, com relação à mortalidade por Anemia, quando se analisa os custos hospitalares, se apresenta com a “fatura”, mais alta. Isso pode ser um bom indicativo de que, talvez, valha a pena gastar um pouco mais para salvar vidas e isso, pode ainda ser mais verdadeiro se trabalharmos de forma mais efetiva e eficaz na prevenção das Anemias, notadamente na Atenção Básica e nas orientações para a população em geral.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

De acordo com a análise dos dados disponíveis no DATASUS, a AFP segue sendo um problema epidemiológico de saúde pública no Brasil. As altas prevalências em grupos vulneráveis como crianças e mulheres em idade fértil, além do aumento das internações de idosos mostra que as estratégias implementadas de controle e prevenção não têm tido um resultado significativo (SZARFRC, 2010; ALMEIDA; RIBEIRO; SILVA, 2025).

Ademais, foi possível notar durante o estudo uma evidente desigualdade regional no que diz respeito ao impacto e tratamento da condição. O Sul e Sudeste apresentaram custos médios de internação hospitalar mais elevados. Além disso, a Região Sul mostra um gasto hospitalar mais alto se comparado com a taxa de mortalidade, sugerindo que em certas localidades o gasto com a assistência de média e alta complexidade, quando a doença já está instalada, é expressivo (ALMEIDA; RIBEIRO; SILVA, 2025).

Nesse sentido, é possível concluir que há necessidade de um reforço estratégico e financeiro na Atenção Básica à Saúde. Uma vez que a ocorrência contínua de internações por AFP é um indicador de falhas na Atenção Primária, na realização do diagnóstico precoce, suplementação adequada e orientações nutricionais efetivas (ALMEIDA; RIBEIRO; SILVA, 2025).

Em vista disso, cabe inferir que é necessário fortalecer o Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF atrelado à educação nutricional efetiva e de qualidade. Portanto, a AFP pode ser combatida com promoção da saúde e prevenção, desde os níveis primários de atenção, o que reduzirá gastos com internações de alto custo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. M. de; RIBEIRO, G. de J.; SILVA, I. M. U. da. Desigualdades nas regiões brasileiras por internações por anemia por deficiência de ferro entre 2014 a 2024. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 47, s. 3, 2025. p. 44-45.
- ANDRADE, S. S. C. de A.; MELLO-JORGE, M. H. P. de. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. **Rev. Saúde Pública**, 2016; 50:59. Disponível em <URL:www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006465.pdf> [2020 mai 23].
- BARBONI, A. R. **O impacto de algumas causas básicas de morte na esperança de vida de residentes em Salvador e São Paulo – 1996**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – SP: 2002. Disponível em <URL: http://cris.ufes.br/media/pdf/barboni_2002.pdf> [2020 mai 23].
- CAMPOS, L. C.; BARBONI, A. R. Anemias Ferroprivas: causas, possíveis tratamentos, evidências e ocorrências obtidas a partir de uma revisão sistemática da Literatura Científica. In: BARBONI, A. R.; BARBONI, S. de A. V. (Orgs.) **Sapere audere + Ubuntu: Relatos e experiências de quem se importa**. Feira de Santana: NFSEE, 2024, p. 289-301.
- CAMPOS, L. C.; BARBONI, A. R. Aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da Anemia Ferroprivativa em uma Revisão Bibliográfica. In: BARBONI, A. R.; BARBONI, S. de A. V. (Orgs.) **Fábrica de Mundos: ousando realizar o sonho de uma vida melhor**. Feira de Santana: NFSEE, 2025. p. 230-251.
- CARDOSO, M. A; PENTEADO, M. de V. C; Intervenções Nutricionais na Anemia Ferroprivativa. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 2, 1994, p. 231-240.
- CANÇADO, R. D; et al.; Avaliação da eficácia do uso intravenoso de sacarato de hidroxido de ferro III no tratamento de pacientes adultos com anemia ferroprivativa. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v. 29, n. 2, 2007, p. 123-129.
- FERREIRA, M. C. de L. S.; BARBONI, A. R. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil: anos potenciais de vida perdidos, anos potenciais de vida ganhos e custo estimado das vidas perdidas – 1996-2018. In: BARBONI, A. R.; BARBONI, S. de A. V. (Orgs.) **Nosso chão e nosso povo: relatos, experiências de vida e acadêmicas pós pandemia**. Feira de Santana: NFSEE, 2023. p. 228-241.
- GREENSTONE, M.; NIGAM, V. **Does Social Distancing Matter?** University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Papel n. 2020-26; 2020. Disponível em <URL: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561244>> [2020 mai 23].
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas de Mortalidade por Sexo e Idade**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. (Série Estudos & Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, 30).

Anemia Ferropriva (AFP): algumas considerações a partir da análise dos dados disponíveis no site do DATASUS
Laís Chaves Campos; André Renê Barboni

OLIVEIRA, M. A. A; OSÓRIO, M. M; Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância.
Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro: v. 81, n. 5, 2005, p. 361-367.

SZARFARC, S. C. Políticas públicas para o controle da anemia ferropriva. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, n. 3, p. 222-225, 2010.

EMPREENDEDORISMO SOCIAL: DEPRESSÃO PÓS-PARTO

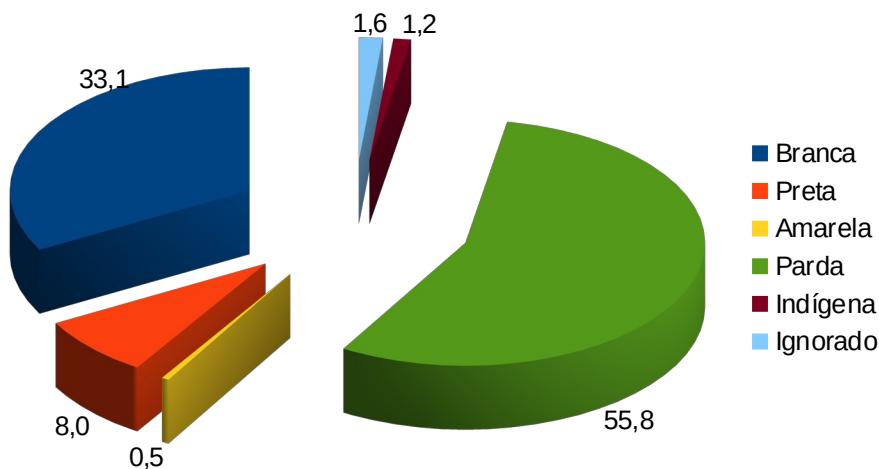
Ariel Paes de Andrade Pires¹

A saúde pública deve ser compreendida em um conceito ampliado, como propõe o Sistema Único de Saúde (SUS), que entende saúde não apenas como ausência de doença, mas como direito de todos, qualidade de vida e exercício pleno da cidadania. Dentro dessa perspectiva, um problema que merece destaque é a depressão pós-parto, especialmente quando afeta mulheres em condições de vulnerabilidade social.

A depressão pós-parto é um transtorno de saúde mental que pode ocorrer semanas ou meses após o nascimento do bebê. Os sintomas incluem tristeza persistente, ansiedade, falta de energia, dificuldade de estabelecer vínculo com o filho e até pensamentos de incapacidade materna. Estudos indicam que cerca de 25% das mulheres brasileiras apresentam sintomas de depressão no período pós-parto (SILVA *et al.*, 2020).

Considerando os dados do datasus de 2024 tivemos um total de 2.384.438 nascimentos, ou seja, aproximadamente 596.110 mulheres podem ter apresentado sintomas de depressão pós-parto no Brasil em 2024.

Figura 1 – Distribuição percentual dos nascimentos, segundo raça/cor da pele, Brasil, 2024.



FONTE: MS/SVSA/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

¹ Estudante de Biologia da UEFS.

Considerando que 55,8% dos 2.384.438 nascimentos registrados em 2024 foram de mães pardas ($\approx 1,33$ milhão), e aplicando-se a prevalência estimada de 25% de sintomas de depressão pós-parto entre mulheres brasileiras, estima-se que cerca de 332,6 mil mães pardas possam ter apresentado sintomas de DPP no período. Esse quadro não impacta somente a mãe, mas também o desenvolvimento da criança, podendo comprometer o vínculo afetivo, a amamentação e até o desenvolvimento emocional e cognitivo infantil.

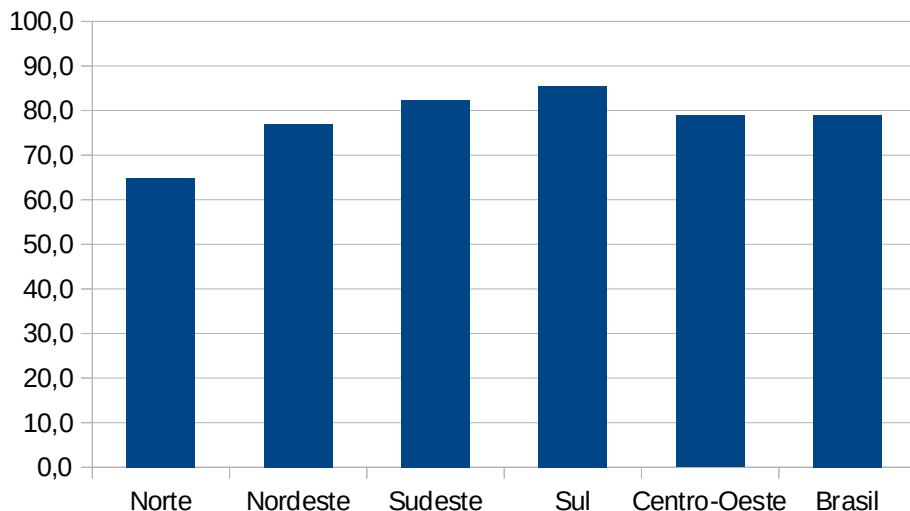
O empreendedorismo social caracteriza-se pela criação de iniciativas inovadoras que visam solucionar problemas coletivos de maneira sustentável, atuando justamente nos espaços onde as políticas públicas ou o mercado tradicional não conseguem alcançar de forma eficiente. Diferente do empreendedorismo convencional, cujo foco central é o lucro, o empreendedorismo social tem como objetivo principal a geração de impacto positivo e mensurável na sociedade, por meio de modelos organizacionais que combinam propósito, inovação e responsabilidade comunitária. Nesse contexto, o presente projeto apresenta uma iniciativa de empreendedorismo social ao propor uma rede de apoio materno que integra cuidado psicológico, suporte comunitário e acolhimento prático no ciclo pré e pós-parto, respondendo a uma demanda de saúde pública frequentemente negligenciada.

PROPOSTA DE EMPREENDEDORISMO SOCIAL EM DUAS ETAPAS:

Momento de escuta pré natal: A primeira etapa do projeto consiste na inclusão estruturada de consultas focadas em saúde mental dentro do acompanhamento pré-natal, considerando que a gestação representa um período crítico para o desenvolvimento de transtornos emocionais. Estudos mostram que entre 12% e 15% das gestantes apresentam sintomas depressivos clinicamente relevantes durante a gravidez, configurando um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto (GELAYE *et al.*, 2023).

Além disso, Howard e Khalifeh (2023) destacam que a depressão pré-natal não apenas prediz a depressão pós-parto, mas também aumenta o risco de parto prematuro, dificuldades na vinculação mãe-bebê e maior estresse parental no primeiro ano de vida da criança. Diante desse cenário, o projeto propõe que, a partir do terceiro trimestre gestacional seja realizada uma triagem utilizando instrumentos validados, como a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), seguida de consultas mensais com psicólogo ou profissional capacitado em saúde mental perinatal.

Figura 2 – Percentual de realização adequada de pré-natal, segundo Região, Brasil, 2024.



FONTE: MS/SVSA/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

O Brasil apresenta uma boa taxa de adesão ao pré-natal, com mais de 70% das gestantes realizando seis ou mais consultas recomendadas, o que indica uma estrutura mínima já estabelecida para acompanhamento sistemático. Esse cenário torna o projeto viável, pois aproveita uma rede de atenção pré-natal que já funciona de forma satisfatória, facilitando a inclusão de ações adicionais de saúde mental e o encaminhamento para apoio no pós-parto.

O objetivo dessas consultas é prevenir e educar, priorizando a detecção precoce de sintomas, a orientação sobre estratégias de regulação emocional e a preparação psicológica para o puerpério, reduzindo estigma e ampliando o acesso a cuidados humanizados. Ao integrar de forma sistemática a saúde mental ao pré-natal, o projeto fortalece a proteção emocional materna e diminui a probabilidade de evolução para quadros depressivos moderados ou graves no pós-parto.

Momento pós parto: O segundo momento do projeto corresponde ao período pós-parto, no qual a mãe passa a receber suporte domiciliar estruturado com dupla finalidade: oferecer ajuda prática nas tarefas diárias e garantir acompanhamento psicológico contínuo, reduzindo o risco de cronificação da depressão pós-parto.

Evidências demonstram que intervenções comunitárias realizadas no domicílio, especialmente aquelas que combinam apoio instrumental e emocional, são capazes de reduzir sintomas depressivos em até 30% durante os primeiros seis meses pós-parto (Ministère des Solidarités, 2022). Além disso, Woody et al. (2024) destacam que o

acompanhamento regular por profissionais de saúde mental durante o primeiro ano após o nascimento diminui substancialmente a incidência de depressão moderada a grave, sobretudo em mulheres com histórico de sofrimento emocional na gestação.

Com base nesses achados, o projeto estabelece visitas semanais que alternam entre apoio prático, como auxílio em pequenas tarefas, organização leve do ambiente, estímulo ao autocuidado e presença afetiva, e consultas psicológicas domiciliares focadas em acolhimento, regulação emocional e identificação precoce de sinais de exaustão ou sobrecarga. À medida que a mãe recupera autonomia e estabilidade emocional, o intervalo entre as visitas é gradualmente ampliado, mantendo acompanhamento quinzenal e posteriormente mensal, respeitando o ritmo individual e a evolução clínica. Esse modelo de cuidado progressivo permite que a mãe se sinta sustentada em um período de grande vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que promove independência, reduz o isolamento e fortalece a rede de apoio comunitária, aspectos amplamente reconhecidos como protetores da saúde mental perinatal (HOWARD; KHALIFEH, 2023).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. TABNET – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): nvuf.def . Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.d>
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 782–786, 1987.
- GELAYE, B.; RONDON, M. B.; ARAYA, R.; WILLIAMS, M. A. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 55–70, 2023.
- HOWARD, L. M.; KHALIFEH, H. Perinatal mental health: A review of prevalence, risk factors, and clinical significance. **BMJ**, v. 380, e074509, 2023.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. **Aide à domicile et soutien parental en période périnatale:** rapport national. Gouvernement Français, 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depression and Other Common Mental Disorders:** Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017.
- SILVA, R. A.; ORES, L. C.; JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e autoavaliação da saúde em mulheres no período pós-parto. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 112, 2020.
- WOODY, C. A.; FERRARI, A. J.; SISKIND, D.; WHITEFORD, H. A.; HARRIS, M. G. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 352, p. 45–58, 2024.

OS EFEITOS E APLICAÇÕES DA MEDITAÇÃO E MINDFULNESS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E MANEJO DA ANSIEDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Mateus Gonçalves dos Santos Pinho⁴

RESUMO:

Este artigo apresenta uma revisão de literatura sobre o impacto da prática de meditação e *mindfulness* no manejo do estresse, da ansiedade e na promoção da saúde mental. A metodologia consistiu na análise de 14 artigos, incluindo revisões sistemáticas, integrativas, ensaios clínicos, estudos qualitativos e etnográficos. Os resultados indicam que a meditação e o mindfulness auxiliam na redução do estresse e da ansiedade ao promoverem mudanças neurobiológicas, cognitivas e emocionais, contribuindo para a resiliência psicológica. As aplicações práticas são diversas, abrangendo desde o cuidado de pacientes na Atenção Primária à Saúde e em cuidados paliativos, até o uso em protocolos de Terapia Ocupacional. A literatura também destaca o uso da meditação como uma ferramenta de transformação social e “letramento emocional” em comunidades vulneráveis e como um pilar de autotransformação em tradições discursivas como o Vedanta e o Islamismo. Conclui-se que a meditação é uma estratégia promissora, de baixo custo e eficaz, embora enfrente desafios como a adesão dos participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Meditação. *Mindfulness*. Saúde do Escolar.

1. INTRODUÇÃO:

A alta prevalência de transtornos mentais, particularmente o estresse e a ansiedade, tornou-se um desafio central para a saúde pública global. A ansiedade é caracterizada por preocupações excessivas e apreensão, e o Brasil apresenta uma das maiores taxas mundiais, com 9,3% da população sofrendo de transtornos de ansiedade.

Diante desse panorama, cresceu o interesse por abordagens terapêuticas mais integrativas. As Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que incluem a meditação e o mindfulness (atenção plena), ganharam espaço. A meditação é uma prática milenar que visa a autorregulação do corpo e da mente,

⁴ Estudante de Química da UEFS.

caracterizando-se como um conjunto de técnicas que treinam a focalização da atenção. *Mindfulness*, especificamente, é definido como a prática de manter a "atenção intencional, no momento presente, com uma atitude de curiosidade, sem julgamento". É uma prática de integração mente-corpo baseada na vivência do momento presente, com consciência plena.

No Brasil, a meditação foi incorporada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, reconhecendo seu potencial terapêutico. Este artigo tem como objetivo analisar, com base na literatura fornecida, os efeitos, os mecanismos neurofisiológicos, a experiência subjetiva e as diversas aplicações da meditação e *mindfulness* no manejo da ansiedade e na promoção da saúde mental.

2. ANÁLISE METODOLÓGICA DA LITERATURA FORNECIDA:

A base de conhecimento para esta revisão é composta por 14 documentos que empregam uma variedade de metodologias de pesquisa. Uma parcela significativa consiste em **revisões de literatura**:

- **Revisões Sistemáticas e Integrativas:** Vários estudos adotaram metodologias rigorosas de revisão. Freitas e Reis-Pina (2024) seguiram as diretrizes PRISMA para avaliar o impacto da meditação em pacientes incuráveis, focando em ensaios clínicos randomizados (RCTs). Freitas *et al.* (2022) e Almeida *et al.* (2025) realizaram revisões integrativas com análises qualitativas, utilizando bases de dados como BVS, SciELO, PubMed e Google Acadêmico para selecionar artigos publicados em períodos recentes (2018-2024);
- **Revisões Narrativas (ou de Atualização):** Outros artigos configuram-se como revisões bibliográficas, como o de Saide *et al.* (2017), que utilizou a base MEDLINE (via PubMed), e o de Oliveira *et al.* (2020), que focou no período da pandemia.

Além das revisões, os artigos de pesquisa original trouxeram dados primários:

- **Ensaios Clínicos:** Foram analisados um ensaio controlado não randomizado e um ensaio clínico randomizado, que compararam grupos de intervenção (meditação) com grupos de controle em estudantes universitários;

- **Estudos Qualitativos e Etnográficos:** Vários estudos utilizaram abordagens qualitativas. Isso inclui pesquisa-ação-participante, estudos cartográficos e pesquisas etnográficas que exploram a meditação como um “projeto de busca espiritual” ou uma “pedagogia ética”;
- **Análise de Experiência Subjetiva:** Um estudo (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009) utilizou análise de conteúdo para categorizar as respostas de 105 praticantes sobre os benefícios percebidos da meditação.

3. RESULTADOS E ANÁLISE – EFEITOS NA SAÚDE MENTAL:

3.1. Eficácia Comprovada na Redução do Estresse e Ansiedade:

A literatura é consistente ao apontar a meditação como uma intervenção eficaz para o manejo do estresse e da ansiedade. A prática auxilia na regulação emocional e promove a resiliência psicológica.

A população universitária, identificada como altamente suscetível ao estresse, é um foco recorrente. Um ensaio controlado não randomizado (CARPENA; MENEZES, 2018), demonstrou que um treino de meditação focada de seis semanas reduziu significativamente a presença de estresse nas fases de resistência e quase-exaustão em universitários. Contudo, a duração e a adesão são fatores críticos. Um ensaio clínico randomizado (MALHEIROS *et al.*, 2023) que testou um programa de *mindfulness* de duas semanas em estudantes de medicina e odontologia não encontrou diferença estatisticamente significativa em comparação ao grupo controle, um resultado que os autores atribuem à baixa adesão e ao curto período da intervenção.

Em contextos de crise aguda, como o isolamento social durante a pandemia, a meditação (associada ao alongamento) foi destacada como uma prática essencial para o relaxamento físico e mental, ajudando a combater sentimentos de ansiedade, angústia e solidão. Psicologicamente, a meditação funciona ao quebrar o “espiral ameaça-excitação-ameaça” da ansiedade e ao reduzir pensamentos distrativos e ruminativos.

3.2. Mecanismos Neurofisiológicos e Experiência Subjetiva:

As pesquisas analisadas buscam explicar como a meditação funciona, tanto em nível biológico quanto subjetivo.

Mecanismos Neurofisiológicos: A meditação é entendida como um treinamento mental que induz um "estado hipometabólico consciente". Pesquisas em neurociência indicam que a prática regular ativa o sistema límbico (incluindo o hipocampo e a amígdala), envolvido na regulação da emoção, atenção e memória. A prática constante promove a neuroplasticidade, levando a mudanças estruturais no cérebro. Foi observado um aumento da espessura do córtex em regiões relacionadas à atenção e uma redução na massa cinzenta da amígdala, região ligada à ansiedade e ao estresse.

Experiência Subjetiva: Um estudo (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009) investigou "por que meditar" através da análise de conteúdo de relatos de 105 praticantes. Os benefícios mais citados foram agrupados em:

- **Benefícios Cognitivos (46,7%):** Incluindo "mais atenção, concentração e foco" (15,4%), "mais clareza mental" (12,7%) e "autoconhecimento" (9,0%);
- **Benefícios Emocionais (33,5%):** Incluindo "calma e tranquilidade" (23,7%), "equilíbrio emocional" (11,8%) e "menos estresse e ansiedade" (9,6%).

O estudo concluiu que a prática pode ser uma ferramenta valiosa para o desenvolvimento psicológico saudável.

4. RESULTADOS E ANÁLISE – APLICAÇÕES NO CUIDADO E NA SOCIEDADE:

A literatura demonstra que a meditação não é apenas uma técnica de autogerenciamento, mas uma prática robusta que está sendo integrada em diversos setores da saúde e da sociedade.

4.1. A Meditação como Estratégia de Cuidado em Saúde (PICS):

A aplicação da meditação no contexto da saúde é vasta:

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** Um estudo qualitativo (DALMOLIN *et al.*, 2024) identificou a meditação *mindfulness* como uma estratégia de cuidado alinhada aos princípios de acolhimento e autoconhecimento na enfermagem;
- **Terapia Ocupacional (TO):** O “Protocolo de Ansiedade no Cuidado Terapêutico Ocupacional (PACTO)” utiliza meditação e auriculoterapia em um jardim de UBS. Entre 2023 e 2024, promoveu 286 sessões de meditação, com resultados como a redução de crises de ansiedade;
- **Cuidados Paliativos:** Uma revisão sistemática (FREITAS; REIS-PINA, 2024), concluiu que a meditação mostra “mais relevância no bem-estar e sofrimento” de pacientes incuráveis, embora as evidências sejam menos consistentes para outros desfechos;
- **Formação em Saúde:** A fotografia contemplativa, derivada da meditação, foi usada como metodologia cartográfica para criar um “espaço contemplativo” para estudantes e profissionais da saúde.

4.2. Dimensões Coletivas, Éticas e Espirituais:

Os artigos exploram as dimensões éticas, espirituais e sociais da meditação:

- **Tradições Discursivas:** Dois estudos etnográficos analisam a meditação como parte integrante de um sistema de vida.
 1. **Vedanta e Yoga:** O estudo de Bastos (2023) descreve a meditação como um “projeto de busca espiritual” que se incorpora ao ethos do praticante, sendo vista como uma “filosofia de vida”;
 2. **Islamismo:** A pesquisa de Garcia (2024) aborda o Islã como um “código de vida” e uma “pedagogia ética”. Práticas como a oração (*salat*) e a meditação sufi (*dhikr*) são exercícios espirituais para a autotransformação e para alcançar a *Ihsan* (excelência moral);
- **Justiça Social:** O estudo de Kolchraiber *et al.* (2025) aplicou o Treinamento Cognitivo de Compaixão (CBCT) em comunidades vulneráveis em Parelheiros (SP), utilizando uma metodologia de Pesquisa-Ação-Participante. A intervenção promoveu o “bem-estar coletivo” e o “letramento emocional”, sendo uma ferramenta para a valorização da equidade social.

5. DISCUSSÃO – SÍNTESE DOS ARTIGOS ANALISADOS:

A profundidade e a variedade dos estudos fornecidos permitem uma visão abrangente sobre o tema. Abaixo, um resumo de cada artigo analisado, agrupados por afinidade metodológica ou temática, para compor a discussão.

5.1 Estudos de Revisão de Literatura:

- **Freitas e Reis-Pina (2024)** realizaram uma revisão sistemática sobre o uso da meditação em pacientes com doenças incuráveis. Analisando oito estudos, concluíram que a prática tem um impacto mais evidente na melhora do bem-estar e na redução do sofrimento do que na qualidade de vida ou ansiedade. Os autores alertam para o elevado risco de viés na maioria dos estudos revisados;
- **Almeida et al. (2025)** conduziram uma revisão integrativa da literatura de 2018 a 2024, confirmando que *mindfulness* e meditação são eficazes no manejo do estresse e ansiedade. O estudo destaca a eficácia das práticas em contextos acadêmicos e ocupacionais e durante a pandemia, mas aponta desafios como a adesão dos participantes e a necessidade de profissionais capacitados;
- **Freitas et al. (2022)**, por meio de uma revisão exploratória integrativa, investigaram a relação entre ansiedade e meditação. Concluíram que a meditação é uma ferramenta alternativa e complementar eficaz, utilizada para diversas condições de saúde (fibromialgia, depressão, doenças cardiovasculares) e em diferentes populações (universitários, idosos);
- **Saide et al. (2017)** apresentaram um artigo de atualização, posicionando a meditação como técnica complementar no tratamento de transtornos de ansiedade. O trabalho discute os tipos de meditação (MT e *mindfulness*), os mecanismos fisiológicos e defende a associação da prática com o tratamento farmacoterápico para potencializar os resultados;
- **Menezes e Dell'Aglio (2009)**, em uma revisão de literatura, discutiram os efeitos da meditação sobre o estresse, a ansiedade e as funções cognitivas e afetivas. Apresentaram programas clínicos como o MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) e o MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), ressaltando a necessidade de pesquisas com metodologias mais rigorosas para validar a eficácia da prática;

- Oliveira *et al.* (2020) realizaram uma revisão focada nos benefícios da meditação e do alongamento durante o isolamento social da pandemia de COVID-19. Concluíram que essas práticas são importantes para mitigar os efeitos mentais adversos do isolamento, como a ansiedade, a angústia e a solidão;
- Assis (2013), em sua revisão, abordou os benefícios da meditação para a qualidade de vida, explorando os correlatos neurofisiológicos, como a ativação do sistema límbico. O artigo também discute a aplicação do *mindfulness* em saúde mental, inclusive em casos de transtornos graves, como a esquizofrenia.

5.2 Pesquisas Originais e Relatos de Experiência:

- Carpena e Menezes (2018) conduziram um ensaio controlado não randomizado com universitários. Um treino de meditação focada de seis semanas resultou na redução do estresse nas fases de resistência e quase-exaustão e no aumento do *mindfulness* disposicional (nas facetas “descrever” e “não reagir”), comparado ao grupo controle;
- Malheiros *et al.* (2023) realizaram um ensaio clínico randomizado com um programa de *mindfulness* de duas semanas para estudantes de medicina e odontologia. Embora tenha havido uma redução nos sintomas de estresse e ansiedade, a diferença não foi estatisticamente significativa em relação ao grupo controle, o que os autores atribuem à baixa adesão e à curta duração da intervenção;
- Kolchraiber *et al.* (2025) utilizaram a metodologia de Pesquisa-Ação-Participante para avaliar os efeitos do Treinamento Cognitivo de Compaixão (CBCT) em comunidades vulneráveis. O estudo concluiu que a meditação promoveu bem-estar na dimensão coletiva, além de letramento emocional e engajamento comunitário, fortalecendo o autocuidado como ferramenta de justiça social;
- Menezes e Dell'Aglio (2009), em um estudo qualitativo com 105 praticantes, identificaram através de análise de conteúdo que os benefícios mais percebidos da meditação são de natureza cognitiva (atenção, clareza mental) e emocional (calma, equilíbrio), reforçando a ideia de que a prática é uma ferramenta para o desenvolvimento psicológico saudável;

- **Pereira et al. (2025)** apresentaram um relato de experiência sobre o PACTO, um protocolo de Terapia Ocupacional que utiliza meditação e auriculoterapia em um jardim de UBS para tratar ansiedade. O estudo destaca o sucesso da abordagem intersetorial no cuidado integral à saúde mental e na promoção da saúde planetária;
- **Dalmolin et al. (2024)**, em uma pesquisa qualitativa com enfermeiras, exploraram a meditação *mindfulness* na Atenção Primária à Saúde. Concluíram que a prática se alinha aos princípios de cuidado (acolhimento, compaixão) e se constitui como uma estratégia de baixo custo para promover a autonomia de pacientes e profissionais;
- **Bittar e Liberman (2023)**, através de um relato de experiência cartográfico, descreveram o uso da fotografia contemplativa e da meditação na formação em saúde durante a pandemia. A prática criou um espaço de acolhimento e discussão sobre humanização, permitindo a expressão de afetos e a criação de sentidos em um período de crise;
- **Bastos (2023) e Garcia (2024)** ofereceram perspectivas etnográficas. Bastos (2023) descreveu a meditação no contexto do Vedanta como um “projeto de busca espiritual” que redefine a visão de mundo e o estilo de vida. Garcia (2024), por sua vez, analisou práticas como o *salat* e o *dhikr* no Islamismo, não como rituais isolados, mas como parte de uma “pedagogia ética” para a autotransformação e busca da excelência moral.

6. CONCLUSÃO FINAL:

A análise aprofundada dos 14 artigos fornecidos revela que a meditação e o *mindfulness* são intervenções robustas, com eficácia comprovada na promoção da saúde mental e no manejo do estresse e da ansiedade. A convergência das evidências, oriundas de diversas metodologias, desde revisões sistemáticas e ensaios clínicos até pesquisas etnográficas e de ação participante, fortalece a validade desses achados.

A prática se mostra multifacetada: é uma ferramenta clínica para reduzir sintomas, uma estratégia de cuidado integrativo na saúde pública, um pilar para o desenvolvimento ético e espiritual em diversas tradições, e um catalisador para o bem-estar coletivo e a justiça social. Os mecanismos neurofisiológicos, como a promoção da neuroplasticidade, fornecem uma base biológica para os benefícios subjetivos relatados pelos praticantes.

Apesar dos resultados promissores, a literatura aponta desafios importantes, como a baixa adesão dos participantes e a necessidade de profissionais capacitados. Portanto, conclui-se que a meditação é uma estratégia de saúde acessível e eficaz, mas seu potencial máximo só será alcançado com mais pesquisas longitudinais, estudos sobre os fatores que influenciam a adesão e um investimento contínuo na formação de profissionais para aplicar essas PICS de forma qualificada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. M. de; NASCIMENTO, D. X. do; PAIVA, E. R. de; CAVALCANTE, E. V.; SOUZA, J. L. B. De; COUTINHO, L. S.; BANDEIRA, M. D.; OLIVEIRA, M. V. de M.; LIMA, M. S.; CORREIA, P. H. R.; MOREIRA, P. H. D.; SIQUEIRA, P. J. de. O uso da mindfulness e meditação no manejo do estresse e ansiedade: Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 1109-1121, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p1109-1121>.
- ASSIS, D. de. Os benefícios da meditação: melhora na qualidade de vida, no controle do stress e no alcance de metas. **Revista do Instituto Gammon**, Lavras/MG, 2013.
- BASTOS, C. G. Visão de mundo e projeto de busca espiritual: o ethos de praticantes do yoga e Vedanta. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 66, e201334, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/1678-9857ra2023.201334>.
- BITTAR, Y.; LIBERMAN, F. Frestas: uma experiência de espaço contemplativo na formação em Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 27, e220047, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220047>.
- CARPENA, M. X.; MENEZES, C. B. Efeito da Meditação Focada no Estresse e Mindfulness Disposicional em Universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, e3441, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3441>.
- DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; DURAND, M. K. Meditação baseada em mindfulness na Atenção Primária à Saúde: estratégia de cuidado na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, v. 28, e20240044, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0044pt>.
- FREITAS, F. G.; JESUS, G. T. de; OLIVEIRA, L. R. M. C. de. Os efeitos da prática da meditação para redução e controle da ansiedade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, e266111739117, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39117>.
- FREITAS, I. N.; REIS-PINA, P. O efeito da Meditação em pacientes incuráveis: Bem-estar, Qualidade de Vida e Controlo Sintomático: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 73, n. 1, p. 1-11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0047>.
- GARCIA, L. A. M. O Islã enquanto “código de vida”: Conversão, Pedagogia Ética e a Busca pela Excelência Moral em Barretos (SP). **Mediações**, Londrina, v. 29, n. 3, e51033, 2024. DOI: [10.5433/2176-6665.2024v29n3e51033](https://doi.org/10.5433/2176-6665.2024v29n3e51033).
- KOLCHRAIBER, F. C.; TANAKA, L. H.; NEGI, L. T.; NUNES, R. L. dos S.; SOUZA, E. S. de; SOUZA, K. M. J. de. Vulnerabilidade, meditação em compaixão e bem-estar: pesquisa participante

baseada na comunidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e350114, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/50103-73312025350114pt>.

MALHEIROS, P. C.; VANDERLEI, A. D.; BRUM, E. H. M. de. Meditação para estresse e ansiedade em universitários: um ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, e025, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220021>.

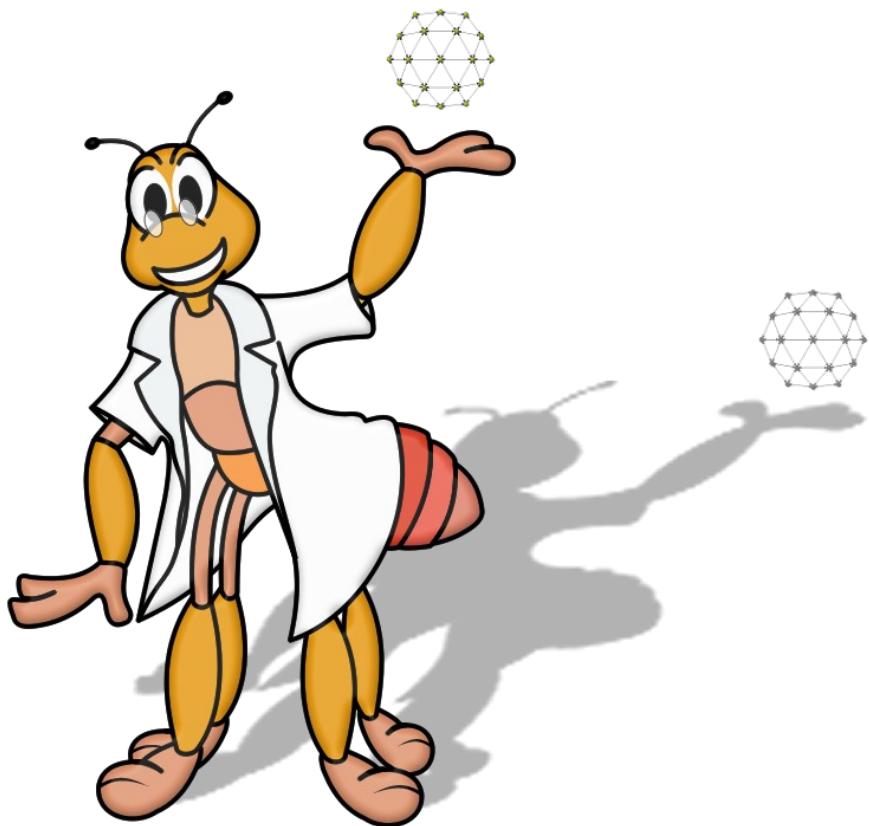
MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os Efeitos da Meditação à Luz da Investigação Científica em Psicologia: Revisão de Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 276-289, 2009.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 565-573, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, N. C. S.; FERREIRA, R. A. G.; WANDERLEY, S. V. N.; CAVALCANTI, J. O. F. dos S. A prática de meditação e alongamento na busca do relaxamento físico e mental em tempos de isolamento social: revisão de literatura. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 142-152, jan./jun. 2020.

PEREIRA, A. P.; SANTOS, F. A. R.; PUGA, E. A. de A.; NEVES, L. A. de F. B.; DONATO, E. C. da S. G.; FIORATI, R. C. Um jardim para meditar: relato de experiência sobre a implantação de um protocolo para pessoas com ansiedade no cuidado terapêutico ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 33, n. spe1, e3873, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE399238731>.

SAIDE, O. L.; ALBUQUERQUE, E. C. de; VIANNA, T. C. A. dos S. F. A meditação como técnica complementar no tratamento dos quadros ansiosos. **Revista Debates em Psiquiatria**, Jul/Ago 2017, p. 44-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-5>.



Todo mundo pode mudar o Mundo!