



# Eco Ciência e Saúde

Revista Anual

Volume 01 N° 01 Abril 2022





REVISTA DO GRUPO DE ESTUDOS EM FONOAUDIOLOGIA, ACUPUNTURA E MEDICINA  
TRADICIONAL CHINESA (GEFA-MTC)

Florianópolis - SC

Volume 01 Nº 01 Abril 2022





## DADOS POSTAIS/MAILING ADDRESS

Revista Eco Ciência e Saúde.

Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa - (GEFA-MTC). Organização Social Não Governamental - CNPJ 44.126.011/0001-98. A/C Editoração.

Endereçado para Rua São Pio X, 106, CEP 88080-030, Coqueiros, Florianópolis - SC, Brasil - (Anexo ao IATEL).

E-mail - [ecocienciasaude@gmail.com](mailto:ecocienciasaude@gmail.com)

Site [www.gefamtc.org](http://www.gefamtc.org)

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Lumos Assessoria Editorial  
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

E19 Eco Ciência e Saúde [recurso eletrônico] / Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa. — Vol. 1, n. 1 (2022)-. — Florianópolis : GEFA-MTC, 2022.

Anual, 2022-.

Disponível online no formato: pdf

Modo de acesso: <<https://www.gefamtc.org>>

Descrição baseada em: Vol. 1, n. 1 (2022)

1. Medicina integrativa. 2. Cuidados pessoais com a saúde. 3. Ecologia. 4. Saúde ambiental. 5. Medicina alternativa. I. Título.

CDD 615.851



**Presidente**

Roberto Pacheco

**Vice Presidente**

Cristiane A. de Moraes Lima

**Diretor Executivo**

Emerson da Silva Júlia

**Assessor Jurídico**

Alexandre Chambarelli de Novaes Filho

Florianópolis -SC

[www.gefamtc.org](http://www.gefamtc.org)

[gefamtc@gmail.com](mailto:gefamtc@gmail.com)

48 - 991733845

# **Revista Eco Ciência e Saúde**

## **Editores e Diagramação**

Cristiane Araújo de Moraes Lima

Roberto Pacheco

## **Jornalista**

Carolina Macário

## **Direção Executiva**

Emerson da Silva Júlia

## **Assessoria Digital**

Nery Pedro Bauer Júnior

## **Comissão Técnica Científica**

Adriana Nunes Wolffenbüttel

Carina Ceratti

Dayse Costa Laureano

Graciela Mendonça da Silva de Medeiros

Janice W. Román Nappi

Kátia Da Boit Martinello

Leandro Alberto Grassi

Maria Rita Pimenta Rolim

Roberto Pacheco

Sandor Fernando Bringmann

**1. Editorial**

Contemporaneidade, crises planetárias e a revista Eco Ciência e Saúde.

*Contemporaneity, planetary crises and the magazine Eco Science Health.*

Diretores GEFA-MTC.

3

**2. Artigos**

2.1 Terapia sonora para o zumbido utilizando sons da natureza e recorte de frequência com base na avaliação psicoacústica e na visão integrativa da acupuntura: estudo randomizado duplo cego  
*Sound therapy for tinnitus using sounds of the nature and frequency cutting based on the psychoacoustic assessment and on the integrative approach of acupuncture: double-blind randomized study.*

6

Roberto Pacheco.

Cristiane Araújo de Moraes Lima.

Emerson da Silva Júlia.

Nery Pedro Bauer Júnior.

2.2 Proposta para implantação das práticas integrativas e complementares na média complexidade.

*Proposal for implementing integrative and complementary practices in mid-complexity.*

20

Michele Gindri Vieira.

**3. Ensaaios**

3.1 Ensaaios de filosofia & ciências vocais.

*Essays of philosophy & vocal sciences.*

30

Rubens Costa Güths.

3.2 Fonoaudiologia e Acupuntura: discussão crítica sobre o processo de revogação da resolução nº 272 do 2001 do Conselho Federal de Fonoaudiologia e algumas repercussões.

*Speech-Language Pathology and Acupuncture: critical discussion the process of revocation of resolution nº 272 of 2001 of the Federal Council of Speech-Language Pathology and Audiology and some repercussions.*

41

Cristiane A. de Moraes Lima

3.3 Ensaio sobre o paradigma integrativo da Medicina Tradicional Chinesa no atendimento fonoaudiológico das dificuldades alimentares no infante: por uma Fonoaudiologia Integrativa.

*Essay on the integrative paradigma of Traditional Chinese Medicine in speech therapy for feeding difficulties in infants: for na integrative speech therapy.*

55

Nappi. J. W. R.

**4. Sinopse de livro**

Fonoaudiologia e medicina chinesa/acupuntura: transdisciplinaridade e paradigma integrativo.

*Speech therapy and Chinese medicine/acupuncture: transdisciplinary and integrative paradigm.*

Leandro Alberto Grassi.

## 5. Colunas

5.1 Eventos: Fórum Internacional de Medicina Tradicional Chinesa Sino Português (2021).  
*Events: International Forum of Traditional Chinese Medicine Sino Português (2021).* 75  
Roberto Pacheco.

5.2 Saúde Poetizada: Poemas Presos  
*Poetized Health: Trapped Poems* 79  
Viviane Mosé.

## 6. Entrevistas

6.1 Música para a saúde do corpo e mente.  
*Music for the health of the body and mind.* 80  
Nery Pedro Bauer Júnior.

6.2 Dietoterapia Chinesa e Saúde Auditiva.  
*Chinese Diet Therapy and Hearing Health.* 82  
Kátia Da Boit Martinello.

6.3 Marcialidade, Pensamento oriental e a Clínica Fonoaudiológica.  
*Martiality, Oriental Thought and the Speech Therapy Clinic* 85  
Emerson da Silva Júlia.

## 7. Informes

7.1 II Congresso Online de Fonoaudiologia e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde – FONO e PICS. 87

7.2 Parecer de nº45 de 15 de Fevereiro de 2020 do CFF<sup>a</sup>

## CONTEMPORANEIDADE, CRISES GLOBAIS E A REVISTA ECO CIENCIA E SAUDE.

A revista Eco Ciência e Saúde é uma ação estratégica de produção intelectual do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (GEFA-MTC) - associação, sem fins econômicos, fundada por fonoaudiólogos e acupunturistas, para defender e promover a integração entre essas duas áreas e posicionar a acupuntura e as práticas integrativas e complementares de saúde (PICs) como racionalidades médicas ancestrais e científicas.

O trabalho do GEFA-MTC transcende o corporativismo de classes e o modelo acadêmico cientifista, caracterizando-se como um trabalho de resistência social, com o lema: “congregando talentos, ideias e ações na construção de um mundo melhor”. Resistência a que? De forma ampla, às ações humanas deletérias ao planeta. De forma específica, à concepção biomédica mecanicista da doença, que nega: a) o ser humano como unidade biopsicossocioespiritual, b) os saberes tradicionais/naturais de cuidados com a saúde e c) a ciência como espaço de contradição - capaz de servir também para a concentração de poder econômico, dominação da informação e opressão humana.

Tais negações sustentam a supremacia da medicina alopática nas ciências da saúde, reduzem a promoção da saúde a tríade - exames bioquímicos - medicalização do sintoma e hospitalização e, por fim, tornam o ensino e o trabalho da saúde em um poderoso e perverso comércio. Permitindo-nos fazer duas perguntas: as ciências da saúde sempre se colocam a favor da vida? Quando falamos de evidência científica em saúde estamos falando sobre qual perspectiva?

Queremos apontar para a seguinte questão: se por um lado é inegável que a biomedicina mecanicista da doença, em seu formato multidisciplinar, ajuda no melhoramento da vida (no sentido individual, coletivo e planetário), por outro mantém problemas cotidianos da saúde, como a desumanização e o alto custo com tratamentos ineficazes que valorizam excessiva e erroneamente a medicalização de todo e qualquer sintoma ou de toda e qualquer queixa.

Destaca-se que biomedicina mecanicista da doença se desenvolveu a partir da exploração do petróleo e dos aprendizados e dos esquecimentos das crises do século XX, como a grande depressão de 1929, a 2ª guerra mundial, a guerra fria entre as grandes potências econômicas, a crise da insegurança a partir dos atentados de 11 de setembro de 2001 nos EUA e a crise financeira global de 2008 (que ainda impacta nos países mais empobrecidos do mundo).

Estas crises lançaram o mundo para dois grandes cenários: a virtualidade agressiva e a globalização pós-moderna que tornaram o mundo fugaz, demasiadamente consumista e frágil - fazendo com que um problema em determinado lugar do mundo repercuta em todo o planeta em minutos, como temos assistido com a atual pandemia Sarscov 19 e atual guerra entre a Rússia e a Ucrânia, em diferentes dimensões: saúde, política, ciência, educação, economia, entre outras.

Como consequência o mundo contemporâneo imergiu em quatro grandes crises globais, entrelaçadas: **a crise ambiental** - marcada pela ampla destruição da natureza, indica para o risco real do fim do planeta;



**a crise da segurança** - com a nova guerra fria e a possibilidade de uma 3ª guerra mundial, em que as armas bioquímicas e digitais serão somadas as armas bélicas; **a crise da saúde** - caracterizada, antagonicamente, pela falta de acesso e de equidade às condições mínimas de saúde (cada vez maiores para os mais pobres) e pelo aumento na produção de altas tecnologias para diagnóstico e de medicamentos (para os mais ricos), e; **a crise do ego** - caracterizada entre outras coisas, pela substituição da ética e da crítica pelo consumismo desenfreado e pela supervalorização da imagem pessoal nas redes sociais: o dilema filosófico “*ser ou não ser*” transformou-se em “*é quem aparece*” ou “*é aquele que parece ser*”.

Nessas crises, os significados de público, privado e de ética social estão esvaziados de sentido. E uma das consequências desse esvaziamento é o aumento da polarização e dos extremismos políticos, ameaçando a paz e a vida. A facilidade de acesso aos bens de consumo e a informação (ou desinformação) aumentam abruptamente assim como a desigualdade social e a pobreza humana. A vida contemporânea torna-se, cada dia mais, uma verdadeira luta pela sobrevivência em todos os espaços sociais. Espaços que se fortalecem, silenciosamente, como mecanismos de poder e de opressão, incluindo a saúde e a ciência.

É nesse contraditório contexto social que a revista Eco Ciência e Saúde está inserida, interessada, sobretudo, em promover a pesquisa independente e transdisciplinar em uma perspectiva integrativa e ecossistêmica. Assim, sem perder o rigor e a leveza que a ciência exige, tem pela frente os seguintes desafios: 1) a democratização da pesquisa científica - oportunizando estudiosos e estudos que não fazem parte das grandes corporações científicas (como as universidades e renomadas clínicas escolas), 2) a valorização da saúde e da ciência em uma perspectiva biopsicossocioespiritual, 3) a inter e a transdisciplinaridade, 4) inovação na informação científica - transcendendo a mera reprodução de artigos, 5) respeito à diversidade, 6) sustentabilidade em seu sentido mais amplo e 7) resgate da ética humana/planetária.

Nesse sentido, essa 1ª edição da revista (2022) foi organizada em artigos, ensaios, reportagens, sinopse de livro, colunas e informes. Nos artigos o leitor apreciará dois (02) estudos: um estudo randomizado inédito sobre a utilização da música com sons da natureza no tratamento do zumbido, com foco no baixo custo e acessibilidade, intitulado “*terapia sonora para o zumbido utilizando sons da natureza e recorte de frequência com base na avaliação psicoacústica e na visão integrativa da acupuntura: estudo randomizado duplo cego*”; e uma desafiadora pesquisa ação para implementação das PICs em um Centro Especializado de Reabilitação (CER), no SUS de Santa Catarina, com o título “*proposta para implantação das práticas integrativas complementares em saúde na média complexidade*”. Nos ensaios, três (03) valiosas discussões: uma discussão filosófica para (re)pensar o trabalho fonoaudiológico na área da voz, (re)aproximando filosofia e clínica - está última considerada um espaço terapêutico sustentado não apenas por ciência; uma discussão histórica sobre a relação fonoaudiologia e acupuntura, com o título “*Fonoaudiologia e Acupuntura: discussão crítica sobre o processo de revogação da resolução nº 272 do 2001 do Conselho Federal de Fonoaudiologia e algumas repercussões*”, e: uma discussão sobre medicina tradicional chinesa, fonoaudiologia e dificuldade alimentar, com o título “*Ensaio sobre o paradigma integrativo da medicina tradicional chinesa no atendimento fonoaudiológico das dificuldades alimentares do infante: por uma fonoaudiologia integrativa*”.

Nas entrevistas uma conversa com Nery Pedro Bauer Júnior - músico e produtor musical, internacionalmente reconhecido, nos despertando para a importância do estilo musical *Hip Hop Lo Fi* na saúde; os ensinamentos da Doutora Kátia Da Boit Martinello - fisioterapeuta e acupunturista - sobre dietoterapia chinesa e saúde auditiva, permitindo-nos pensar saúde auditiva para além dos exames auditivos e, por fim; uma conversa com Emerson da Silva Júlia - fonoaudiólogo pós graduando em acupuntura e estudioso em marcialidade, mostrando-nos pontes entre o pensamento oriental a marcialidade e a clínica fonoaudiológica.

Em sinopse, o posicionamento de Leandro A. Grassi - enfermeiro, acupunturista e naturólogo - sobre o 1º livro brasileiro dedicado a fonoaudiologia e medicina chinesa, direcionado para a construção de uma fonoaudiologia integrativa, capaz de enxergar para além do “sintoma patológico” nesta área.

Em colunas, o comentário crítico de Roberto Pacheco sobre o Seminário de Medicina Tradicional Chinesa Sino Português, realizado em 2021, cujo tema central foi a Covid 19 e que contou com autoridades de diferentes países, e a seção saúde poetizada com “*poemas presos*” da ilustre filósofa e psicóloga Viviane Mosé.

Nos informes o II Congresso Nacional de Fonoaudiologia e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS), pioneiro do Brasil, que reúne as maiores autoridades da área. E o importante Parecer nº 45 de 15 de Fevereiro de 2020, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que dispõe sobre o uso das PICS na fonoaudiologia.

Após meses de trabalho, sem recursos financeiros, mas com muita disposição, a revista Eco Ciência e Saúde foi lançada. Agora é seguir em frente com serenidade e dedicação na nossa missão de educadores, terapeutas e cientistas.

Boa leitura!

Direção do GEFA-MTC.

## TERAPIA SONORA PARA O ZUMBIDO UTILIZANDO SONS DA NATUREZA E RECORTE DE FREQUÊNCIA COM BASE NA AVALIAÇÃO PSICOACÚSTICA E NA VISÃO INTEGRATIVA DA ACUPUNTURA: ESTUDO RANDOMIZADO DUPLO CEGO.

### SOUND THERAPY FOR TINNITUS USING NATURE SOUNDS AND FREQUENCY CURRING BASED ON PSYCHOACUSTIC ASSESSMENT AND INTEGRATIVE VIEW OF ACUPUNCTURE: RANDOMIZED DOUBLE BLIND STUDY.

*Roberto Pacheco<sup>1</sup>  
Cristiane A. de Moraes Lima.<sup>2</sup>  
Nery Pedro Bauer Junior.<sup>3</sup>  
Emerson da Silva Julia.<sup>4</sup>*

**Resumo:** Este estudo foi orientado pela seguinte pergunta: a terapia com sons da natureza e recorte de frequência alvo do zumbido é eficaz como terapia transdisciplinar? A relevância desse estudo está no ineditismo em pesquisar uma terapia natural, acessível e capaz de ser plenamente incluída no cotidiano da pessoa com zumbido. Do ponto de vista metodológico, caracteriza-se como um estudo clínico randomizado duplo cego, de caráter exploratório, realizado com 06 sujeitos com zumbido crônico dividido em dois grupos. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre o Grupo Estudo e o Grupo Controle em relação à sensação e a percepção individual frente ao zumbido. Porém, verificou-se que no Grupo Estudo a Escala Visual Analógica (EVA) e o Tinnitus Handicap Inventory (THI) apresentaram resultados melhores após o uso da terapia proposta. Neste sentido, concluiu-se que: a) a música demonstrou ser um recurso acessível e agradável para quase todos os sujeitos com zumbido e b) a terapia sonora proposta foi eficaz quando comparado os dados da acufenometria, da EVA e do THI entre os grupos, sendo importante novos estudos.

**Palavras - chave:** Zumbido. Terapia Sonora. Acupuntura. Fonoaudiologia.

**Abstract:** This study was guided by the following question: is therapy with nature sounds and tinnitus target frequency clipping effective of transdisciplinary therapy? The relevance of this study lies in the novelty in researching a natural, accessible therapy and capable of being fully included in the daily life of the person with tinnitus. From the methodological point of view, it is characterized as a randomized, double-blind, exploratory clinical study, carried out with six subjects with chronic tinnitus divided into two groups. The results showed that there was no significant difference between the study group and the control group in terms of sensation and individual perception of tinnitus. However, it was found that in the study group, the visual analogue scale (VAS) and the Tinnitus Handicap Inventory (THI) showed better results after using the proposed therapy. In this sense, it was concluded that: a) music proved to be an accessible and pleasant resource for almost all subjects with tinnitus and b) the proposed sound therapy was effective when comparing acuphenometry, VAS and THI data between the groups, further studies are important.

**Keywords:** Tinnitus. Sound Therapy. Acupuncture. Speech Therapy.

---

1. Roberto Pacheco, Mestre em Ciências da Linguagem, Pós Graduado em Medicina Tradicional Chinesa, Presidente do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia e Acupuntura - GEFA - MTC.

2. Cristiane A. de Moraes Lima, Pós Graduada em Acupuntura - IATEL - SC.

3. Nery Pedro Bauer Junior, Produtor Musical - Calmas Records.

4. Emerson da Silva Julia. Pós Graduando em Acupuntura - IATEL - SC.

## 1. Introdução

Em 1982 o zumbido foi definido como uma percepção consciente de um som que se origina nos ouvidos ou na cabeça da pessoa, sem a presença de uma fonte externa geradora desse som (Sanches e Ferrari, 2004, p. 17). Caracteriza-se geralmente como um som semelhante a “apito”, “chiado”, “grilo”, “pulsação”, “clique”, “água correndo”, “estalos”, “chuva”, entre outros. O zumbido é considerado uma condição de difícil mensuração e tratamento devido à sua subjetividade e ao caráter multietiológico.

Sobre a etiologia, o zumbido está associado a disfunções otológicas/auditivas (consideradas causas primárias) e/ou problemas sistêmicos (considerados causas secundárias). Entre as causas primárias temos os problemas nos ouvidos externo, médio e/ou interno, como as inflamações, cerúmen compactado na membrana timpânica, disfunções da tuba de eustáquio, otosclerose, doença de menière, presbiacusia, deficiência auditiva e traumas acústicos. Entre as causas secundárias temos as diferentes formas de intoxicações, doenças neurológicas, metabólicas, cardiovasculares, gástricas, emocionais, problemas da coluna vertebral e alterações oro faciais como a disfunção temporomandibular - sendo essa última capaz de comprimir os nervos aurículo temporal, massetérico, ramificações dos temporais profundos, lingual ou a artéria timpânica anterior (Urban et. al. 2009, p. 112).

Quando a origem do zumbido é otológica, na maioria das vezes, envolve uma perda auditiva neurossensorial<sup>5</sup>. Por esse motivo o zumbido quase sempre é do tipo agudo, associado às frequências entre 6 KHz e 8 KHz (Menezes et. al. 2005).

O zumbido pode surgir de forma súbita ou gradativa e o seu tratamento requer: a) identificar as causas, b) qualificar e quantificar as características e c) utilizar terapêuticas medicamentosas e/ou não medicamentosas para atenuá-lo.

Deve-se destacar que algumas pessoas se habituem ao zumbido e por isso não o interpretam como sendo um problema de saúde. No entanto, outras têm suas vidas afetadas por ele, em especial, no trabalho, lazer e sono. Desta forma, a severidade do zumbido pode levar a prejuízos na qualidade de vida, ao estresse, ansiedade, depressão e insônia [...] (Suzuki et. al. 2015 p. 298).

Como profissionais envolvidos com as práticas integrativas de saúde<sup>6</sup>, em especial a Acupuntura, cujo processo de adoecimento emerge do desequilíbrio na interação entre o ser humano, a natureza e a sociedade, o zumbido é um desequilíbrio que transcende o ouvido e demanda tratamentos ecossistêmicos. Neste sentido, é necessário superar a perspectiva biomédica mecanicista da doença<sup>7</sup>, que de um lado tem se mostrado ineficaz no tratamento do zumbido e de outro nutre a crença do “paciente” em obter um medicamento capaz de curar o seu zumbido imediatamente, orientada por uma visão passiva e desresponsabilizada de saúde (Pacheco, Lima e Bauer, 2021).

Na perspectiva integrativa, há anos pesquisamos o zumbido com base no seguinte problema: a terapia com sons da natureza e recorte de frequência alvo do zumbido é eficaz como terapia transdisciplinar<sup>8</sup>? Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a terapia sonora com sons da natureza e recorte da frequência alvo como uma proposta de tratamento natural e integrativo para o zumbido.

---

5. Silva et. al. (2007) relatou que frente às causas otológicas, 65% estão associadas a perda neurossensorial, 4% a perda condutiva e 5% a perda mista.

6. Práticas também conhecidas como alternativas ou complementares de saúde. Para melhor entendimento sugerimos a leitura da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde - PNPICs, do Sistema Único de Saúde do Brasil, - SUS, 2ª Edição 2015.

7. Referimo-nos a visão disciplinar e cientificista focada na medicalização do sintoma ou de qualquer sintoma, que orienta a formação das atuais profissões da saúde. Ver Barros (2002).

8. De forma genérica a transdisciplinaridade emerge da integração de diversas disciplinas e envolve a superação das relações de poderes da multidisciplinaridade, como das especialidades na área da saúde, possibilitando a criação de novos campos que com o tempo se tornam autônomos das disciplinas e saberes que os constituíram. Ler Filho (2015).

E os objetivos específicos, foram: a) caracterizar o zumbido dos sujeitos pesquisados, b) confeccionar uma terapia sonora com sons da natureza recortando as frequências do zumbido encontradas na avaliação psicoacústica (acufenometria), c) verificar as percepções dos sujeitos pesquisados frente a terapia sonora proposta e por fim d) comparar as avaliações iniciais com as avaliações finais dos sujeitos pesquisados.

A maior relevância desse estudo está no seu ineditismo em pesquisar uma terapia sonora acessível, considerada de baixo custo e possível de ser plenamente incluída na cotidianidade da pessoa com zumbido.

## 2. Zumbido: aspectos históricos, epidemiológicos e fisiológicos.

Historicamente o zumbido é um problema descrito desde a Antiguidade. Para os Anamitas, na Índia Oriental, o sentido da audição originava-se de um pequeno animal que habitava o ouvido e, conseqüentemente, o zumbido era o comportamento de irritabilidade deste animal. Na Babilônia, eram realizadas exorcizações com cantos para afastar os fantasmas causadores do zumbido (Sanchez e Ferrari, 2004. p.18).

No compêndio "Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo", clássico milenar da medicina tradicional chinesa, o zumbido é citado diversas vezes como problema de saúde e em uma delas explicado como sendo a insuficiência de energia saudável na parte superior do corpo.

Todos os locais em que se alojam as energias perversas são onde as energias saudáveis estão insuficientes. Quando a energia saudável estiver insuficiente na parte superior, a medula cerebral não estará preenchendo o cérebro, ocorrendo tinido frequente nos ouvidos [...] (Wang, 2001 p. 643).

Outro importante dado histórico é o *Papyrus Ebers*, um dos documentos científicos egípcios mais antigos, ao qual apresentava descrições relacionadas com a audição e tratamentos para o zumbido, em 1550 anos a.C. Hipócrates, filósofo e médico grego, também se interessou pela otologia e as relações dos problemas do ouvido com outros órgãos (Junior, et. al. 2007, p. 694) e postulou que o zumbido era causado pela pulsação dos vasos (Sanchez e Ferrari, 2004, p.18).

Sobre a epidemiologia, é preciso ressaltar que há uma carência de estudos epidemiológicos sobre o tema no Brasil e no mundo. Porém, estima-se que 20% da população mundial é portadora do zumbido (Oliveira, 2019). Alguns anos atrás estimava-se que mais de 30 milhões de americanos e aproximadamente 28 milhões de brasileiros tinham esse sintoma (Suzuki, et. al. 2015). Outro estudo apontou a ocorrência de 22% de zumbido na população da cidade de São Paulo, conforme Rocha (2018, p. 28) *apud* (Oiticica e Bittar, 2015). Para Medeiros e Sanchez (2016 p. 98) a prevalência do zumbido vem aumentando consideravelmente e por esse motivo os profissionais e as entidades de saúde vêm motivando-se a estudá-lo cada vez mais.

O zumbido é considerado por alguns especialistas como o terceiro pior sintoma para o ser humano, sendo superado apenas pelas dores e tonturas intensas (Rosa et. al. 2011). É classificado atualmente quanto ao tempo de instalação, duração, gravidade e percepção (Teixeira, 2016, p. 15). O tempo de instalação significa se o zumbido é agudo (inferior a seis meses) ou crônico (superior a seis meses) (Rocha, 2018, p. 27). A duração é o tempo em que a pessoa sente o desconforto no decorrer de um dia, ou seja, se o mesmo é contínuo ou intermitente. A gravidade envolve o quanto o zumbido afeta a qualidade de vida no dia a dia. E a percepção envolve tanto o tipo de consciência quanto às reações do sujeito frente ao zumbido, podendo ser: a) objetivo - quando é gerado pelo próprio organismo e audível ao examinador e b) subjetivo - quando não há claramente uma fonte geradora do zumbido e o examinador não é capaz de percebê-lo.

Entre as hipóteses neurofisiológicas que geram o zumbido, temos: a) lesão ou disfunção das células ciliadas externas ficando desproporcionais às células ciliadas internas na porção da membrana basilar da cóclea, b) alterações na concentração de íon cálcio na perilinfa ou nas células ciliadas da cóclea, c) hiperexcitabilidade associada a redução de atividade eferente causada por perdas auditivas, d) hiperatividade das vias auditivas provocadas pelo sistema nervoso central para compensar a diminuição da aferência (Barreiro et al, 2004, p. 89-90).

Azevedo et. al. (2007, p. 419) afirmaram que a fisiopatologia do zumbido envolve hipóteses teóricas como a excitotoxicidade, lesões eferentes, desabamento da membrana tectorial, correlações com a dor, ativações de alças psicossomáticas e autonômicas e, futuramente, surgirão modelos integrativos articulando essas hipóteses. E é com base nessa tese de modelos integrativos capazes de articular as diferentes hipóteses sobre o zumbido que situamos a Acupuntura, como sendo um sistema médico não hegemônico no Brasil em que o zumbido é uma manifestação de desequilíbrio ou de desarmonia em qualquer um dos sistemas corporais, que por sua vez não estão dissociados das emoções, da natureza e nem da vida social da pessoa.

### 3. Avaliação e Tratamento do Zumbido.

A avaliação do zumbido envolve exames clínicos de acordo com a área e o profissional avaliador, estes nem sempre voltados para o ouvido/audição, como exames bioquímicos laboratoriais ou físicos para investigar possíveis causas sistêmicas e emocionais. A avaliação específica da audição inclui protocolos próprios para o zumbido, como o *Tinnitus Handicap Inventory (THI)* ou adaptados como a *Escala Visual Analógica (EVA)*. E, ainda, exames audiológicos como a audiometria, imitanciometria, audiometria de Altas Frequências (AAF), acufenometria e o exame denominado Minimum Masking Levels (MML). Destes, destacamos os exames psicoacústicos de Altas Frequências e a acufenometria. As altas frequências são utilizadas para avaliar as frequências agudas normalmente não investigadas na audiometria convencional, entre 9 KHz e 20 KHz, ajudando no monitoramento em pessoas com suspeita ou presença de outras doenças que comprometem a audição (Klagenberg et. al. 2011, p. 109). E a acufenometria é utilizada para mensuração do zumbido através de técnicas que visam encontrar um tom puro próximo do zumbido sentido pela pessoa, tendo como principal vantagem a possibilidade de monitorar a intensidade do zumbido e, por consequência, o tratamento, auxiliando no topo diagnóstico das lesões auditivas (Azevedo et. al. 2007, p.419). A acufenometria fornece uma medida quantitativa para monitorar a deterioração ou a melhora do zumbido, classificando o seu tipo e permitindo uma contagem psicoacústica mais significativa (Nascimento et. al 2019. p.613). Portanto, embora a acufenometria necessite da capacidade de concentração e de discriminação por parte do avaliado, defendemos que é um exame mais fidedigno do que outros comumente utilizados na pesquisa do zumbido, sobretudo, escalas visuais e questionários. Nascimento et. al. (2019 p. 615) mostram que há uma correlação positiva entre a mudança na acufenometria e na Escala Visual Analógica (EVA) na avaliação do zumbido.

Na acupuntura o corpo é constituído de várias partes que não são funcionalmente separadas, cujas funções interconectadas se influenciam fisiopatologicamente (Yin Hui He e Zhang Bai Ne, 1999, p. 10), exigindo na avaliação do zumbido, entre outras questões, uma inspeção minuciosa do rosto, do tórax e dos membros para entender como os sistemas estão funcionando (Ming Wong, 1988, p. 19).

O tratamento do zumbido inclui terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas. Entre as terapias não medicamentosas existem propostas invasivas como a terapia de eletroestimulação clássica, um método cirúrgico para inserção de eletrodos na região do promontório ou na cóclea (Fukuda, 2004, p.109-110), e propostas não invasivas como as terapias sonoras e a acupuntura<sup>9</sup>.

No contexto das terapias sonoras, acreditamos que a técnica do mascaramento parcial ou total do zumbido por um determinado som, idealizada por Jack Vernon, na década de 70 (Sanchez e Ferrari, 2004. p.104), vem influenciando os recursos terapêuticos sonoros para o zumbido até os dias atuais. Entre as terapias sonoras destacam-se as abordagens de habituação do zumbido (TRT), Tinnitus Activities Treatment (TAT) e a Tinnitus Masking (TM). A TRT envolve o aconselhamento diretivo fundamentado em modelos neurofisiológicos e a terapia sonora com dispositivo gerador de ruído branco com aparelho de amplificação sonora individual, com objetivo de reduzir a percepção frente

---

9.Todas essas terapias podem ser apreciadas detalhadamente em Samelli (2004). Nosso esforço tem sido integrar terapias sonoras com a acupuntura na área da saúde auditiva.



ao zumbido e eliminar a reação negativa frente ao mesmo. A TAT segue um modelo de aconselhamento informativo envolvendo a audição, concentração, sono e emoção, associado a terapia de enriquecimento sonoro com gerador de som. E a TM envolve o uso de dispositivos auriculares para mascarar o zumbido, ajustando qualquer tipo de som à preferência da pessoa (Rocha, 2018, p. 44).

A terapia do zumbido com acupuntura deve considerar os princípios da medicina tradicional chinesa, isto é, a sua forma de entender o zumbido integrado com os demais sistemas, com a natureza e a vida social. Bem como a sua forma de avaliar, diagnosticar e tratar. Nesse sentido, de forma sintética o zumbido pode ser causado por um padrão interno de deficiência ou de excesso do sistema Zan Fu (órgãos e vísceras) e/ou por fatores patogênicos externos (ambientais), como frio, calor, umidade, vento e a secura.

Como os ouvidos recebem nutrição dos rins e a influência direta dos canais energéticos e dos sistemas do coração, fígado, pulmões e vesícula biliar, o zumbido pode ser causado por uma disfunção em qualquer um destes. Ou, ainda, pelo Qi (“energia”) do baço, que embora não tenha uma relação direta com os ouvidos a sua deficiência faz o organismo reter fleuma e, conseqüentemente, atacar os ouvidos (Pinheiro, 2011, p. 31- 34). De forma geral, na acupuntura o zumbido está diretamente relacionado com rins que controlam os ossos, formam a medula e se abrem nas orelhas (He, Yin Hun, Ne Zhang Bai, 1999 p.72). Doi et. al. (2016) concluíram através de um ensaio clínico aleatorizado com acupuntura que os pacientes obtiveram uma melhora significativa do zumbido, com diminuição da sua intensidade e melhora na qualidade de vida. Assim, a acupuntura pode ser associada a diversas outras terapias, entre elas as terapias sonoras<sup>10</sup> e musicoterapia. A música tem uma representação neuropsicológica extensa, com acesso direto a afetividade, controle de impulsos, motivação e emoções, podendo ser sedativa ou estimulativa para o comportamento humano (Jordão, et. al. 2012).

#### 4. Metodologia

Essa pesquisa caracterizou-se como um estudo clínico randomizado duplo cego, de caráter exploratório. Envolveu seis (06) sujeitos com queixa crônica que aceitaram fazer parte espontaneamente da pesquisa. O único critério de inclusão adotado foi a cronicidade do sintoma de zumbido e o de exclusão foi a associação com outros tratamentos durante a terapia sonora. Inscreveram-se para participar da pesquisa três (03) do sexo masculino e três (03) do feminino, com idades entre 35 e 58 anos. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram devidamente informados sobre o estudo. A coleta de dados da pesquisa iniciou no dia quatorze (14) de julho e terminou em quinze (15) de agosto de 2020, quando se começou a tabulação e análise dos dados.

Inicialmente os sujeitos foram submetidos às seguintes avaliações: entrevista inicial semi estruturada para coletar informações sobre a história do zumbido, inspeção da língua com base na medicina tradicional chinesa/acupuntura para identificar possíveis desequilíbrios relacionados com o zumbido, Escala Visual Analógica (EVA) para quantificar o zumbido, Tinnitus Handicap Inventory (THI) para qualificar o zumbido e exames auditivos (audiometria, imitanciométrica, audiometria de alta frequência e acufenometria) para identificar fatores otológicos e as frequências e as intensidades alvos para produzir a terapia sonora em estudo. A acufenometria seguiu o protocolo padrão, primeiro identificando a frequência do zumbido comparativamente e depois a sua intensidade, começando com 10 dBNS abaixo do limiar auditivo e incrementando de 1 em 1 dBNS até se igualar com a percepção que o sujeito tem do sintoma, para, posteriormente, calcular a intensidade do zumbido. Os dados acústicos foram repassados para um dos pesquisadores que produziu a terapia sonora com o recorte da frequência alvo com base na acufenometria e dividiu cegamente os sujeitos em dois grupos:

---

10. Na Medicina Chinesa/Acupuntura os sons e os tons da natureza, como Gong (tom do baço), Shang (tom pulmão), Jue (tom do fígado), Zhi (tom do coração) e Yu (tom do rim), estão relacionados com os processos de saúde e de doença (Wang, 2001 p.46-47).

grupo estudo e grupo controle. Posteriormente reenviou aos demais pesquisadores para que fossem repassados às cegas as terapias para os sujeitos.

O grupo estudo recebeu a terapia com recorte da frequência alvo e o grupo controle uma música com sons da natureza sem nenhum efeito. Ambos os grupos escutaram a música por quinze (15) dias, duas (02) vezes ao dia, conforme um protocolo domiciliar para registrar a data e o horário, as sensações e as percepções frente ao zumbido após escutar a música e outros dados considerados relevantes. Os sujeitos pesquisados foram orientados a ouvir a terapia com fones de ouvido, em ambiente tranquilo, em intensidade um pouco mais baixa do que o zumbido (para não mascará-lo). O controle dos pesquisadores sobre a realização da terapia pelos sujeitos ocorreu através do contato telefônico diário com os mesmos, buscando interagir terapêuticamente para motivá-los e, ao mesmo tempo, ajudá-los em possíveis dúvidas. Os equipamentos utilizados na pesquisa para avaliação auditiva foram o audiômetro AD629B INTERACOUSTICS e o imitanciômetro AT235 (devidamente calibrados).

E para a produção da terapia sonora foi utilizado o software Ableton Live com uma gravação de campo com sons da natureza e recorte de frequência alvo para o Grupo Estudo, utilizando a gravação “TRFDC\_Raw\_Nature\_04\_Aftou\_VA”, proveniente da biblioteca “Textures – Raw Fields & Dusty Cuts Vol 1, por Capsun Audio”. Após quinze (15) dias ininterruptos os sujeitos retornaram para refazer as avaliações realizadas antes da terapia sonora, com o objetivo de verificar possíveis mudanças nas características do zumbido e comparar os dados entre os sujeitos dos dois grupos, sendo que os examinadores/pesquisadores não sabiam até esse momento quem pertencia a cada grupo. A metodologia para tabulação e análise dos dados com base na bibliografia envolveu os seguintes critérios: a) caracterização do zumbido e possíveis desequilíbrios associados, b) resultado da terapia na perspectiva dos sujeitos pesquisados, c) comparativo do EVA antes e após a terapia, d) comparativo do THI antes e após a terapia e, por fim, e) comparativo dos exames acústicos antes e após a terapia.

## 5. Resultados

A caracterização do zumbido dos sujeitos da pesquisa e possíveis desequilíbrios associados estão sintetizadas no quadro 01, abaixo.

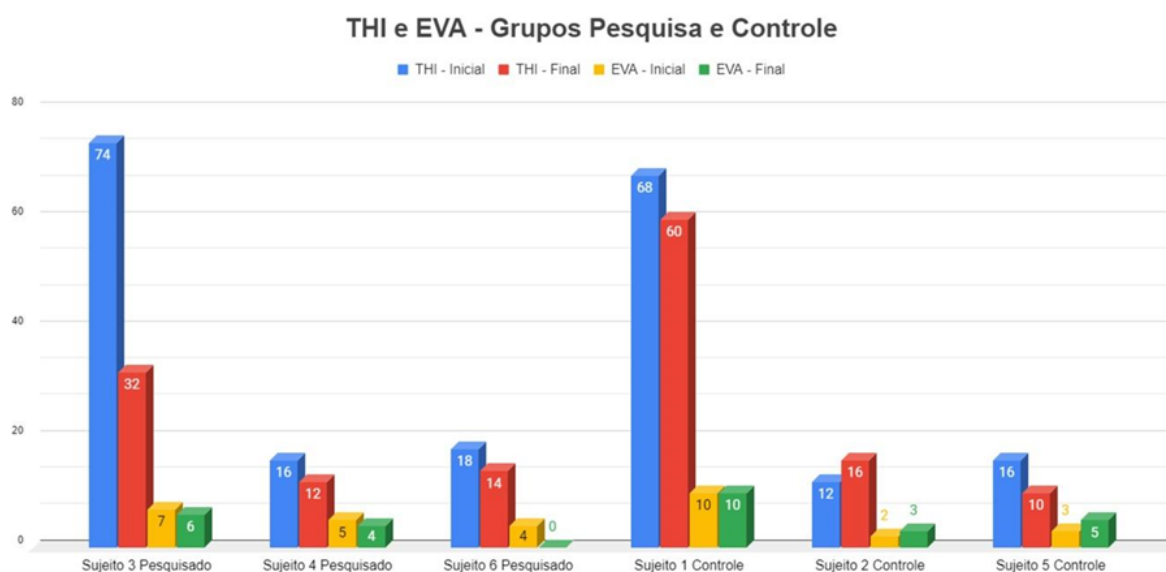
Grupo	Suj.	Tipo	Duração	Incômodo	Local	Condições crônicas	Trat. anterior	Tempo
Pesquisa	3	Agudo	Contínua	Noturno	O.E	Gástrica e Otológica.	Alopatia	1,6m
	6	Agudo	Intermitente	Matutino e Noturno	Bilateral	Motora oral, Otológica e ginecológica	Não	10 a
	4	Agudo	Contínua	Noturno	O.E	Gástrica, motora oral.	Não	5 a
Controle	1	Agudo	Contínua	Noturno	Cabeça	Glicose alta, hipertensão, vascular e otológica.	Alopatia e Fitoterapia	3 a
	2	Agudo	Contínua	Noturno	O.D	Celíaco e motora oral.	Não	8 a
	5	Agudo	Contínua	Noturno	Bilateral	Gástrica e motora oral.	Alopático	8 a

Quadro 1 – Caracterização do zumbido dos sujeitos pesquisados

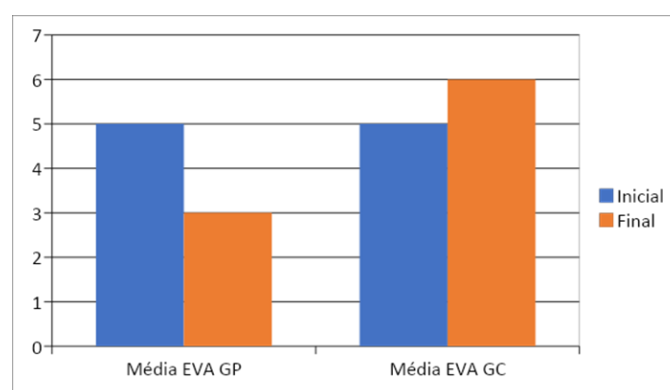


Todos os sujeitos do grupo pesquisa e do grupo controle tinham zumbido do tipo agudo. Sobre a duração e o período do dia com maior incômodo, apenas o sujeito 6 (grupo pesquisa) apresentou zumbido intermitente e pior nos períodos matutino e noturno. Todos os demais eram zumbidos contínuos e sempre piores à noite. Em relação à localização, os sujeitos do grupo pesquisa apresentavam zumbido no ouvido esquerdo ou bilateralmente. Já no grupo controle no ouvido direito, bilateralmente e na cabeça. No que se refere às condições crônicas associadas a possíveis causas, verificou-se nos sujeitos do grupo pesquisa a presença de sintomas gástricos, histórico de disfunção temporomandibular, doenças ginecológicas (endometriose e mioma no ovário) e problemas otológicos: sujeito 3 curva timpanométrica AD indicando desarticulação de cadeia ossicular e sujeito 6 labirintite. Já no grupo controle verificou-se história de distúrbios metabólicos (glicose alta e hipertensão), otológicos (labirintite) e sinais de desequilíbrio de estômago no sujeito 1, história de doença celíaca e bruxismo com sinais de desequilíbrio de estômago no sujeito 2 e sinais de problemas gástricos e história de bruxismo no sujeito 5. No que diz respeito a tratamentos anteriores, dos 03 sujeitos do grupo pesquisa apenas 1 (sujeito 3) foi tratado alopaticamente e sem resultados. No grupo controle, dos 03 sujeitos, 01 realizou tratamento alopático e outro alopático e fitoterápico, (sujeitos 1 e 5 respectivamente), ambos sem sucesso. Sobre o tempo que estão com zumbido, os sujeitos do grupo pesquisa variaram entre 1,6 e 10 anos, enquanto os do grupo controle entre 3 e 8 anos.

Os dados do THI e da EVA, antes e após a terapia sonora para o zumbido, estão sintetizados nos gráficos 01 e 02, a seguir, cuja ordem numérica corresponde à divisão aleatória dos sujeitos.



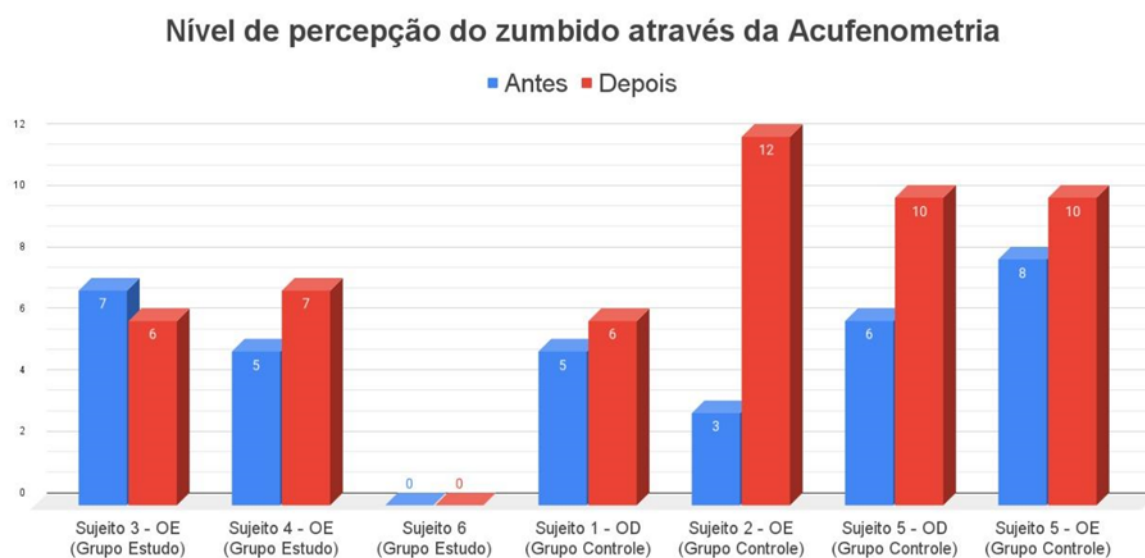
**Gráfico 1 – Resultado do THI e do EVA antes e após a terapia sonora.**



**Gráfico 2 – Média da EVA antes e após a terapia sonora.**

De forma genérica o grupo pesquisa obteve um melhor desempenho na pontuação final do THI, ou seja, um decréscimo no mesmo após realização da terapia sonora. Enquanto os 03 sujeitos melhoraram o score do THI, no grupo controle isso ocorreu com 02 sujeitos. A escala EVA também indicou um melhor resultado no grupo pesquisado, com diminuição da pontuação nos três sujeitos, enquanto no grupo controle a pontuação permaneceu a mesma ou aumentou entre os sujeitos. Se considerarmos a média da escala EVA na avaliação inicial, não tivemos mudança significativa entre os grupos pesquisa e controle, sendo que a média ficou 05 pontos. No entanto, na avaliação final, após a aplicação da terapia sonora, o grupo pesquisado reduziu a média para 03 pontos, enquanto no grupo controle essa média aumentou para 06 pontos.

Os resultados dos exames acústicos, antes e após a terapia sonora, com ênfase na presença ou não de disfunção audiológica, frequência e intensidade do zumbido, estão demonstrados no gráfico 3 e no quadro 2.



**Gráfico 3 - Intensidade da Acufenometria (antes e depois da terapia sonora)**

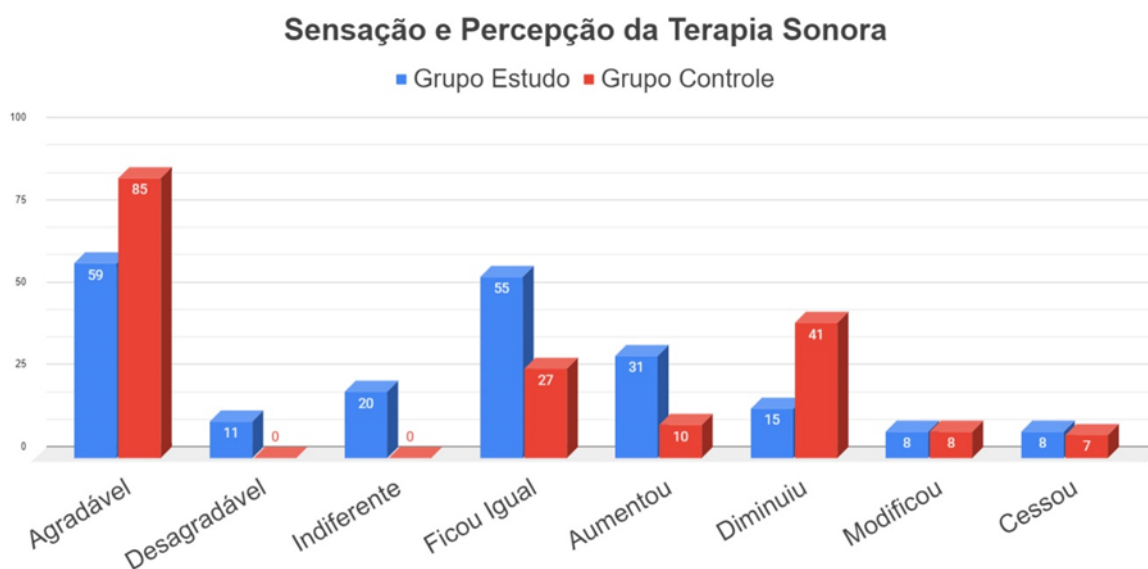
Grupo	Suj.	Freq. Antes		Freq. Depois	
		OD	OE	OD	OE
Estudo.	3	-	4 KHz	-	4 KHz
	6	8 KHz a 10 KHz	4 KHz a 8 KHz	2 KHz	750 Hz a 1500 Hz
	4	-	8 KHz a 10 KHz	-	12,5 KHz
Control	1	-	10 KHz	-	10 KHz
	2	16 KHz	-	14 KHz	-
	5	8 KHz	8 KHz	4 KHz	4 KHz

**Quadro 2 - Frequência da Acufenometria (antes e após a terapia sonora)**

Ambos os grupos apresentaram 02 sujeitos com mudança de frequência e 01 sujeito se manteve igual. No grupo pesquisa: a) a maior variação foi a do sujeito 06 - que mudou de 8 KHz à 10 KHz para 2 KHz na orelha direita e de 4 KHz a 8 KHz para 1,5 KHz à 750 Hz na orelha esquerda, b) o sujeito 04 variou de 8 KHz a 10 KHz para 12,5 KHz na orelha esquerda - sendo o único sujeito do grupo pesquisa a aumentar a frequência após a terapia e c) o sujeito 03 manteve sua frequência em 4 KHz na orelha esquerda. No grupo controle: a) o sujeito 02 apresentou uma mudança de 16 KHz para 14 KHz, b) o sujeito 05 de 8 KHz para 4 KHz bilateralmente e c) o sujeito 01 manteve a sua frequência em 10 KHz na orelha esquerda.

Quanto ao reconhecimento da intensidade os sujeitos responderam com precisão no teste e no reteste, exceto o sujeito 06 (grupo estudo). E o único sujeito com decréscimo na intensidade do zumbido no reteste foi o sujeito 03 (grupo estudo), baixando a percepção de 6 para 5 dBNS, enquanto o sujeito 04 aumentou de 5 para 7 dBNS. No grupo controle o sujeito 01 apresentou um aumento de 5 para 6 dBNS no reteste, o sujeito 02 apresentou o maior aumento passando de 3 para 12 dBNS e o sujeito 05 um aumento de 8 para 10 dBNS na orelha direita e de 6 para 10 dBNS na orelha esquerda.

Os dados sobre a sensação e a percepção frente ao zumbido após escutar a terapia sonora, conforme explicado na metodologia, foram resumidos no gráfico 04 com base na quantidade de vezes que cada sujeito respondeu cada uma das questões do protocolo diário domiciliar.



**Gráfico 4 – Sensação e percepção da terapia sonora.**

Verificou-se que a sensação frente a terapia sonora foi mais agradável no grupo controle do que no grupo pesquisa em número de respostas e, portanto, mais desagradável ou indiferente no grupo pesquisa. Sobre a percepção de melhora do zumbido, constatou-se que o sintoma se modificou igualmente nos 2 grupos, sendo que a percepção de cessamento do zumbido foi levemente maior no grupo pesquisa, assim como a percepção de que ficou igual ou aumentou foi significativamente maior nesse grupo. Enquanto a percepção de diminuição do zumbido ocorreu mais no grupo controle, dados que serão analisados posteriormente.

## 6. Discussão dos dados

Com relação a caracterização do zumbido e os possíveis desequilíbrios associados, destacamos para análise os seguintes pontos:

- a) Todos os sujeitos da pesquisa tinham zumbido agudo, dado corroborado pela bibliografia atual em que são mais frequentes os zumbidos entre as frequências de 4 e 6 KHz.
- b) Para todos os sujeitos o zumbido era mais impactante na qualidade de vida durante a noite, por haver uma menor interferência do ruído ambiental sobre o zumbido, opinião aceita por Bruno e Garcia (2021 p. 287). Apenas o sujeito 06 do grupo pesquisa relatou que o zumbido interfere tanto a noite quanto pela manhã, sendo que esse sujeito também foi o único que apresentou zumbido intermitente, o único do grupo estudo com zumbido bilateral e o que tinha maior tempo de zumbido (10 anos).
- c) Em relação às condições crônicas verificou-se que, fundamentados pela acupuntura /medicina tradicional chinesa, além de sintomas otológicos todos os sujeitos apresentaram sinais importantes de desequilíbrios do sistema zang fu de estômago e baço, sistema que depende da alimentação equilibrada e da tranquilidade do pensamento, ou seja, da capacidade de controlar stress e a ansiedade. Isso demonstra, nesses casos, que o empírico efeito relaxante da música capaz de tranquilizar a mente e a reorganização da dieta e da rotina alimentar são importantes estratégias para o tratamento do zumbido.
- d) Todos os sujeitos possuem zumbido crônico, variando entre 1,6 e 10 anos, sendo que 50% dos sujeitos da pesquisa (1 sujeito do grupo estudo e 2 do grupo controle) já realizaram outros tratamentos alopáticos e fitoterápicos sem nenhum resultado (SIC), reforçando a necessidade de pesquisas com métodos acessíveis e de baixo custo. Destacamos que o sujeito 03 do grupo estudo, que já tinha realizado outros tratamentos sem nenhum resultado, apresentou sinais de melhora do zumbido, conforme discussões posteriores.

No que se refere aos resultados da acufenometria (quadro 2 e gráfico 3), identificamos mudanças mais positivas no grupo estudo. Ao compararmos os grupos percebeu-se que no grupo estudo:

- a) O sujeito 03 apresentou decréscimo na percepção do zumbido, o que ao nosso ver tem relação com a terapia sonora proposta, pois ela tende a ser mais eficaz nos zumbidos detectados na frequência igual ou menor que 8 KHz (Onishi, 2017). E esse sujeito foi o único do grupo estudo que manteve a frequência do zumbido em 4KHz. Ele também apresentou uma melhora timpanométrica, que inicialmente era curva tipo AD (indicativa de desarticulação de cadeia ossicular) e no reteste mudou para curva tipo A (indicativa de normalidade).
- b) O sujeito 04 apresentou um aumento de percepção de 2 dBNS de acordo com o exame, no entanto o seu zumbido que era multifrequencial passou para frequencial (12,5 KHz) após a terapia sonora, bem como houve a percepção por parte do sujeito de diminuição do zumbido.

Já no grupo controle todos os participantes apresentaram aumento na intensidade do zumbido pela acufenometria, sendo que o sujeito 01 apresentou um aumento de 1 dBNS, o sujeito 02 de 9 dBNS e o sujeito 05 de 4 dBNS na orelha direita e de 2 dBNS na orelha esquerda.

O fato da terapia sonora ter sido mais desagradável e de ter ocorrido uma maior percepção de aumento do zumbido no grupo estudo, se deve ao fato das respostas individuais do sujeito 06 durante o registro do protocolo domiciliar. Neste caso, verificamos quatro importantes questões em relação a esse sujeito: a) apresentou um padrão de zumbido intermitente, diferente de todos os demais sujeitos, o que de acordo com a bibliografia pode não ser eficaz para o modelo de terapia deste estudo; b) apresentou o maior tempo de zumbido e, portanto, a cronicidade pode ser uma variável importante para a eficácia da terapia testada; c) apresentou importantes alterações sistêmicas associadas a um quadro otológico (labirintite) e, por fim; d) apresentou uma mudança do zumbido para frequências da fala, o que pode ter afetado a comunicação, justificando a desagradabilidade e o desconforto relatados pelo sujeito.

Sobre a ocorrência com mais ênfase de diminuição da percepção do zumbido no grupo controle do que no grupo estudo, constatamos que essa variação tem uma relação direta com as respostas individuais do sujeito 01, que tinha sinais evidentes de ansiedade associada a stress e sintomas metabólicos, bem como zumbido em toda a cabeça - que pode ser característico de problemas vasculares.

Neste sentido, a música, por si, pode ter melhorado a circulação sanguínea, promovido relaxamento e, conseqüentemente, ter aliviado o zumbido. Segundo Areias (2016) há evidências de que a musicoterapia é eficaz na saúde, em especial, a clássica e relaxante, podendo: a) promover vasodilatação ou vasoconstrição arterial, atuar na ansiedade e na depressão estimulando as células cerebrais e aumentando os níveis de serotonina e, ainda, c) promover no paciente uma melhora na ordem física, psicológica, cognitiva, espiritual ou outra. Portanto, acreditamos que se esse sujeito recebesse a terapia musical proposta a melhora teria sido ainda mais significativa.

Em relação a comparação dos dados da EVA e do THI (demonstrados no gráfico 1):

a) Há uma melhora pela EVA do zumbido dos sujeitos pesquisados quando comparados com os sujeitos do grupo controle, semelhantes a achados de outros estudos. Pois os níveis de desconforto com o zumbido reduziram significativamente, chegando a zerar para o sujeito 06. Suzuki et. al. (2015, p.300) mostraram uma redução da pontuação EVA ao final da terapia sonora por eles pesquisados. E Doi et. al. (2016, p.462) mostraram uma redução de 50% na pontuação da mesma escala. Considerando a média da EVA, obtivemos uma melhora significativa no grupo pesquisa, que passou de 5 para 3 pontos. Em estudos sobre avaliação do zumbido essa média varia entre 6 e 7 pontos na avaliação inicial (Han, et. al. 2015 e Thabit et al 2015). Nascimento et. al. (2018 p. 615) também avaliaram a média inicial do zumbido através da EVA com 148 sujeitos, obtendo a média 6.

b) Em relação ao THI encontramos mudanças significativas nos dois grupos, mas obtivemos melhores respostas no grupo pesquisa. No sujeito 03 a pontuação saiu de 74 para 32 pontos, tendo uma redução significativa de 42 pontos. Suzuki et. al. (2015, p.299) consideraram parâmetros de melhora do quadro do zumbido quando a redução da pontuação desta escala é maior ou igual a 20 pontos. A pontuação do THI também avalia o tipo de grau de interferência do zumbido, sendo esse caracterizado como grau I (nenhuma incapacitação), grau II (Incapacitação leve) e grau III (Incapacitação severa). Neste sentido, no início da pesquisa os sujeitos 03 e 06 do grupo pesquisa apresentavam grau III e II, respectivamente, e no final da pesquisa o sujeito 03 passou a ter uma incapacitação leve e o sujeito 06 passou para nenhuma incapacitação. Doi et. al. (2016, p. 463) relatam que a mudança do grau de zumbido permite que o zumbido seja facilmente mascarado pelas atividades cotidianas, podendo levar a uma melhora do quadro. Desta forma, esses sujeitos do grupo pesquisa relataram melhora no grau de interferência do zumbido no dia a dia. Nascimento et. al. (2019, p.615) relata que a diminuição do grau do zumbido pode ter relação com o controle da ansiedade, situação relatada pelo sujeito 03 do grupo pesquisa.

Onishi et. al. (2017, p. 144) relatam que existem 06 tipos de terapia sonora, cada uma delas será específica para uma área do sistema auditivo. Neste estudo utilizamos a Terapia Sonora com recorte da frequência alvo para os sujeitos do grupo estudo, que é mais eficaz com zumbidos na frequência de 8 KHz ou menor. Para o grupo controle ofertou-se uma terapia sonora pura com sons da natureza. Por essa razão, acreditamos que o sujeito 03 do grupo estudo obteve uma mudança mais positiva na EVA, THI e na intensidade da acufenometria, pois o seu zumbido foi identificado de forma precisa em 4 KHz, enquanto de todos os demais sujeitos não. Portanto, o zumbido deve ser tratado de forma singular, respeitando suas etiologias e características, sendo necessário uma terapia individualizada.

## 7. Considerações Finais

Retomando os objetivos deste estudo, concluímos:

- 1) Na caracterização do zumbido a diferença mais significativa foi apresentada pelo sujeito 06 do grupo estudo, com maior tempo de zumbido: zumbido intermitente com maior impacto em dois turnos (manhã e à noite) e sem possibilidade de aferição da intensidade na acufenometria.
- 2) Foram confeccionadas terapias sonoras para todos os sujeitos com sons da natureza e recorte das frequências do zumbido para o grupo estudo e sem o recorte para o grupo controle, sendo que exceto o sujeito 06 (do grupo estudo) a frequência estava situada fora daquela considerada pela bibliografia como sendo a mais adequada para terapia utilizada neste estudo.

3) De forma individual, exceto para um sujeito (do grupo estudo) a terapia sonora proposta foi considerada agradável e associada a alguma modificação frente ao zumbido, como por exemplo: cessou 9 vezes no grupo estudo e 8 vezes no grupo controle. No entanto, de forma geral, apresentou-se como sendo uma terapia mais desagradável e com parâmetros piores com elevação da sensação e da percepção do sujeito frente ao zumbido no grupo estudo, por consequência das respostas dadas pelo sujeito 06, fato este relacionado diretamente com o que está exposto nos itens /1/ e /2/, acima.

4) Comparando as avaliações iniciais com as avaliações finais dos sujeitos pesquisados percebeu-se que houve uma melhora na acufenometria, na EVA e no THI do grupo estudo em relação ao grupo controle, conforme já analisado.

Neste sentido, há duas questões relevantes: 1) a música em si demonstrou ser um recurso agradável para as pessoas portadoras de zumbido crônico, agudo e contínuo 2) a terapia sonora pesquisada foi eficaz se considerarmos a comparação dos dados da acufenometria, da EVA e do THI entre os grupos, sendo necessário dar atenção quando o zumbido está em frequências próximas da fala, pois a terapia poderá ser desagradável e/ou com sensação de aumento ou piora.

Desta forma, se por um lado a terapia sonora deste estudo requer a realização de novas pesquisas e aperfeiçoamento por outro sugere que a música é uma possibilidade terapêutica simples para o tratamento do sofrimento gerado pelo zumbido, apresentando-se como um valioso recurso inter e transdisciplinar na área da saúde.

Reafirmamos que a terapia sonora pesquisada se diferencia de outras mais conhecidas por dois aspectos: a) focar no uso de sons da natureza com recorte da frequência do zumbido, identificado pela acufenometria, para se ouvir em casa através de fone comum como uma atividade diária e não através da habituação de aparelhos de amplificação sonora individual e técnicas de mascaramento e, consequentemente; b) caracterizar-se como um recurso acessível para futuramente ser utilizada como terapia autônoma.

Para finalizar, se entendemos o zumbido como um processo multifatorial, devemos, também, procurar soluções multifatoriais. Neste sentido, é necessário saberes e abordagens transdisciplinares e educar-se para uma nova visão no tratamento do zumbido, para além dos aspectos audiológicos, em que o indivíduo seja o verdadeiro foco.



Acesse um modelo de Terapia Sonora



## 8. Referências Bibliográficas

- AREIAS, J. C. A música a saúde e o bem estar. Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto. Vol XXIV nº 4. 2016.
- AZEVEDO, A. A. de.; et. al. Análise crítica dos métodos de mensuração do zumbido. Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia, Vol 73(3), p. 418-23, 2007.
- BARROS, J. A. C.; Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Rev. Saúde e Sociedade, Vol 11(1), 2002.
- BARREIRO, F. C. A. B.; et. al. Modelo Neurofisiológico do zumbido. In: SAMELLI, A (Org.). Zumbido: Avaliação, Diagnóstico e Reabilitação: abordagens atuais. Ed: Lovise, São Paulo, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Relatório de Gestão. Brasília - DF. 2006.
- BRUNO, R. S. E GARCIA, M. V. Aconselhamento Fonoaudiológico: um formato único e personalizado para sujeitos com zumbido crônico. Rev. Distúrbios da Comunicação São Paulo Vol (33)2, p. 287–298. 2021.
- DOI, M. Y.; et. al. Efetividade da terapia por acupuntura como tratamento para o zumbido: ensaio clínico aleatorizado. Rev. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Vol. 82(4), p.458 a 465, 2016.
- FILHO, N. A. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós Disciplinar na Saúde. Rev. Saúde e Sociedade. Vol 14(3), p.30-50, 2005.
- FUKUDA, Y. Estimulação Elétrica no tratamento do zumbido. In: SAMELLI, A (Org.). Zumbido: Avaliação, Diagnóstico e Reabilitação: abordagens atuais. Ed: Lovise, São Paulo, 2004.
- HAN, J. J; et. al. Assessing the effects of tinnitus retraining therapy in patients lost to follow-up: a telephone survey. Otol Neurotol. Vol (36)7 p. 581. 2015.
- HE, Y. H. NE Z. B. Teoria básica de Medicina Tradicional Chinesa. São Paulo. Huang Di Nei Jing. Su Wen. Madrid: Mandala Ediciones S.A. 1992. p. 567-573. Ed Atheneu. 1999. p. 1-17.
- JUNIOR, J. F. N. et. al. Breve história da Otorrinolaringologia: Otologia, Laringologia e Rinologia. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Setembro/Outubro Vol (73)5 p. 693-703 2007.
- JORDÃO G. et. al. (Coord.) A música na escola. Ministério da Cultura e Vale. Allucci e Associados Comunicações, São Paulo, 2012.
- KLAGENBERG, K. F. et. al. Audiometria de altas frequências no diagnóstico complementar em audiologia: uma revisão da literatura nacional. Rev. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Vol. 16 (1), 109-14, 2011.
- MEDEIROS, L. N; SANCHEZ T. G. Zumbido e telefones celulares: o papel da radiação eletromagnética de rádio frequência. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Vol 82(1) p.97–104. 2016;
- MENEZES, P.; SANTOS F. V. A. V. Acufenometria: o resgate de um instrumento de avaliação do zumbido e sua correlação com perdas auditivas sensoriais. Rev. Fonoaudiologia Brasil, Vol.3(1), 1-4, 2005.
- MING W. Exploração clínica na medicina chinesa: Shang-Han Lun. Trad. ANTONY, Zilda B. São Paulo: Andrei Editora, 1988
- NASCIMENTO, I. P.; et. al. Análise da relação entre tinnitus handicap inventory, acufenometria e escala visual analógica na avaliação do zumbido. Rev. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Vol. 85(5), p.611-16, 2019.
- ONISHI, E. T.; COELHO, C. C. B.; OITICICA, J.; FIGUEIREDO, R. R.; GUIMARÃES, R. C. C.; SANCHEZ, T. G.; GURTHNER, A. L.; et. al. Zumbido e intolerância a sons: evidência e experiência de um grupo brasileiro. Rev. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Vol. 84(2), p.135-149. 2017.
- OLIVEIRA, J. Dia Nacional de Conscientização do Zumbido. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível no Site fonoaudiologia.org.br acessado em 01 de Junho de 2020, 12 de Novembro de 2019.
- PACHECO, R, LIMA, C. A. M. de, e BAUER, P. N. Terapia Sonora para o zumbido produzida com sons na natureza e corte de frequência a partir da avaliação psicoacústica e da visão integrativa da acupuntura. Revista de Medicina Integrativa. Jan. 2021. <https://revistamedicinaintegrativa.com/?s=zumbido> acessado em 30 de agosto de 2021.
- UNISUL, Palhoça, SC, 2011.

- PINHEIRO, P. D. Análise dos efeitos de tratamento com acupuntura segundo medicina tradicional chinesa em caso de zumbido no ouvido - um estudo de caso. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Terapêutica Tradicional Chinesa. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Palhoça, SC, 2011.
- ROSA, M. R. D. de; et. al. O zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. Revista CEFAC. 2011.
- ROCHA, A. V. Diretrizes para intervenção fonoaudiológica do zumbido. Universidade de São Paulo. – USP. São Paulo, SP, 2018.
- SANCHEZ, T. G. e FERRARI, G. M. S. dos. O que é Zumbido. In: SAMELLI, A (Org.). Zumbido: Avaliação, Diagnóstico e Reabilitação: abordagens atuais. Ed: Lovise, São Paulo, 2004.
- SANCHEZ, TG e FERRARI, GMS dos. Uso de próteses auditivas em pacientes com zumbido. In: SAMELLI, A (Org.). Zumbido - Avaliação, Diagnóstico e Reabilitação: abordagens atuais. Ed: Lovise, São Paulo, 2004.
- SUZUKI, F. A; ONISHI, E. T.; PENIDO, N. O.; SUZUKI, F. A. B. de.; YONAMINE, F. K.; Eficácia da Terapia Sonora em pacientes com zumbido resistente a tratamentos anteriores: Importância dos ajustes. Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia. Vol 82(3), p.297-303 2015.
- THABIT, M. N; FOUAD, N; SHAHAT, B.; YOUSSEF, M. Combined central and peripheral stimulation for treatment of chronic tinnitus: a randomized pilot study. Neurorehabil Neural Repair. Vol 29. p. 224, 2015.
- TEIXEIRA; L. S. Achados polissonográficos em pacientes com zumbido. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Brasília. 2016.
- URBAN, V. M.; et. al. Associação entre otologia, zumbido, vertigem e hipoacusia com distúrbios temporomandibulares. RGO. Porto Alegre, Vol. 57(1), p. 107–115. jan – mar 2009.
- WANG, B. Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo. Trad: CRUZ, JRAS. Editora Ícone: São Paulo, 2001.



## PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA MÉDIA COMPLEXIDADE

### PROPOSAL FOR IMPLEMENTING INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN MID COMPLEXITY

*Michele Gindri Vieira<sup>1</sup>*

**Resumo:** Este artigo tem por objetivo apresentar uma proposta para implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em um ponto de atenção na média complexidade, no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde, derivada da análise de experiência em um Centro Especializado em Reabilitação (CER) em Santa Catarina (Brasil). O público alvo inclui funcionários da instituição, familiares e cuidadores de pessoas com deficiência intelectual e física. São descritas e analisadas as fases de implantação: 1) conhecimento de instituições públicas estatais com PICS; 2) análise situacional; 3) proposição de um projeto de PICS; 4) estruturação; 5) regulamentação do voluntariado. Verificaram-se como resultados: inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) para PICS, agendamento eletrônico, lançamento dos procedimentos, inclusão de dados estatísticos no Ministério da Saúde, autorização do voluntariado, ampliação de ‘saberes’ e atendimento aos funcionários, familiares e usuários do SUS. Conclui-se que, apesar do êxito da implantação, ocorrida de 2017 a 2018, a manutenção das PICS caracteriza-se como um grande desafio e exige um processo contínuo de fortalecimento, necessitando esforços dos profissionais em parceria com gestores do CER e da Secretaria de Estado da Saúde/Santa Catarina para efetivar a Política Nacional de PICS, também na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

**Palavras - chave:** Terapias Complementares. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

**Abstract:** This article aims presenting a proposal for implementing Integrative and Complementary Practices (PICS) in a point of attention in the mid-complexity in the state’s scope of the Brazilian Unified Health System (SUS), resulting from an experience analysis in a Rehabilitation Center (CER) in the state of Santa Catarina (Brazil). The target audience encompasses the institution workers, families and caregivers of people with cognitive and physical disabilities. It is described and analyzed the implementation stages: 1) mapping public institutions with PICS; 2) situational analysis; 3) a PICS project proposal; 4) structuring; 5) volunteering regulations. The results were the following: PICS addition to CNES, online scheduling, procedures launching, statistical data inclusion in the Ministry of Health, volunteering permission, a widening of “knowledge” and service to workers, family, and SUS (Brazilian unified health system) users. In conclusion, despite of the success of the implementation held from 2017 to 2018, maintaining PICS can be a great challenge and it demands a continuous strengthening process, needing efforts from the professionals together with the managers of the CER and of the State Health Secretary/Santa Catarina, in order to also realize the PICS National Politics in the Health Care System of People with Disabilities.

**Keywords:** Complementary Therapies. Health Politics. Brazilian Unified Health System.

### 1. Introdução

O marco para a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na saúde pública brasileira consolidou-se em 2006 com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006). Instituiu-se, assim, no Sistema Único de Saúde (SUS) cinco abordagens de cuidado integral à população com sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos, a saber: Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Crenoterapia.

1. Michele Gindri Vieira - Doutorado em Linguística - UFSC. (2013) Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana - UFSM (2005). Formação em Reiki.

Decorridos 11 anos, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017), e após um ano, 10 novas PICS com a Portaria GM/MS nº 702 em 21 de março de 2018 (BRASIL, 2018a), totalizando a oferta de 29 PICS, em vigor até a presente data.

Desde a inserção, o acesso dos usuários do SUS a essas práticas integrativas tem crescido exponencialmente, associado ao maior reconhecimento da eficácia terapêutica pelas evidências científicas e também pela efetividade verificável pelos beneficiados (BRASIL, 2018b). A implantação vem ocorrendo mediante definição de responsabilidades institucionais que orientam estados, distrito federal e municípios a formularem suas próprias normativas.

Os dados do Relatório de Monitoramento Nacional demonstram que as PICS estão distribuídas em mais de 70% do total de municípios do Brasil, com base no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (BRASIL, 2020). Já para o acompanhamento dos estabelecimentos de saúde na Média e Alta Complexidade (MAC), os dados obtidos no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) permitem visualizar ao longo dos anos um crescimento constante nos serviços de PICS, totalizando 1.734 no ano de 2019 (BRASIL, 2020).

Na MAC, o tipo de estabelecimento com maior oferta de PICS são as clínicas especializadas e ambulatórios especializados, seguido de policlínica e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os hospitais com registros de serviços de PICS somavam apenas 211 estabelecimentos (em julho de 2020), segundo o Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

No estado de Santa Catarina (SC) foi promulgada a Lei nº 17.706, de 22 de janeiro de 2019 (SANTA CATARINA, 2019), que dispõe sobre as PICS no âmbito do SUS. Em fevereiro de 2019, os deputados estaduais oficializaram a criação da Frente Parlamentar Catarinense de Práticas Integrativas em Saúde. No site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) há o registro de 481 estabelecimentos de saúde ofertando serviços de PICS (dados referentes à setembro de 2020). A referência estadual em PICS está na Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), onde situa-se a Área Técnica de PICS, que incentiva a implementação das PICS, principalmente, em nível municipal no SUS. Também, são desenvolvidas parcerias com o Núcleo Telessaúde SC<sup>2</sup> para ações de educação permanente.

Conforme exposto, as PICS são ações de cuidado transversais, podendo ser realizadas em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, inclusive em serviços ambulatoriais de média complexidade. No entanto, ainda é um desafio incorporá-las aos serviços da MAC em SC.

O presente artigo tem por objetivo apresentar uma proposta de implantação das PICS na média complexidade no âmbito estadual do SUS, para funcionários usuários e familiares/cuidadores, derivada da análise de experiência construída na atuação profissional em um Centro Especializado em Reabilitação (CER) no estado de Santa Catarina (Brasil).

Busca-se, portanto, a oferta de PICS no âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), por subsequentes portarias e pelo Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011 - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011), a fim de ampliar o acesso e qualificar o atendimento à pessoa com deficiência no SUS.

A implantação da na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída a partir da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012), contribui como estratégia e serviço de atendimento às pessoas com deficiência física, intelectual (inclui o Transtorno do Espectro do Autismo-TEA), auditiva, visual e múltiplas deficiências.

Em Santa Catarina, o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) foi habilitado pela Portaria MS nº 496, de 3 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), como o primeiro Centro Especializado em Reabilitação (CER) - ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Passou a oferecer atendimento em duas modalidades de deficiência (motora e intelectual), sendo assim denominado de CER II.

Em Santa Catarina, o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) foi habilitado pela Portaria MS nº 496, de 3 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), como o primeiro Centro Especializado em Reabilitação (CER) - ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento,

2 <https://telessaude.ufsc.br/#> O Núcleo Telessaúde Santa Catarina oferece apoio assistencial e atividades de educação permanente aos profissionais de saúde por meio de diversos serviços.

concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Passou a oferecer atendimento em duas modalidades de deficiência, motora e intelectual, sendo assim denominado de CER II.

## 2. Metodologia

O método apresentado decorre da análise da experiência na implantação de PICS no CCR/CERII e tem embasamento também no método utilizado para implantação e promoção de acesso às PICS no Município de Florianópolis/SC (Santos e Tesser, 2012).

O método trata-se de uma pesquisa-ação, a qual tem por finalidade possibilitar aos sujeitos da pesquisa, participantes e pesquisadores, os meios para conseguirem responder aos problemas que vivenciam, com maior eficiência e com base em uma ação transformadora. Ela facilita a busca de soluções de problemas por parte dos participantes, aspecto em que a pesquisa convencional tem pouco alcançado (Thiollent, 2011).

Segundo Demo (1995), a pesquisa-ação está voltada para a ligação indestrutível entre teoria e prática. Neste sentido, parte-se da realidade social e dos aspectos subjetivos para alcançar um método adequado para captá-la e transformá-la. Busca-se, portanto, aliar conhecimento e mudança mantendo o compromisso com a prática. Entende-se que a prática também gera conhecimento e o compromisso do pesquisador é fundamental neste processo. Está implícita a preocupação com um tratamento mais honesto da população, com a coerência entre a teoria e a prática.

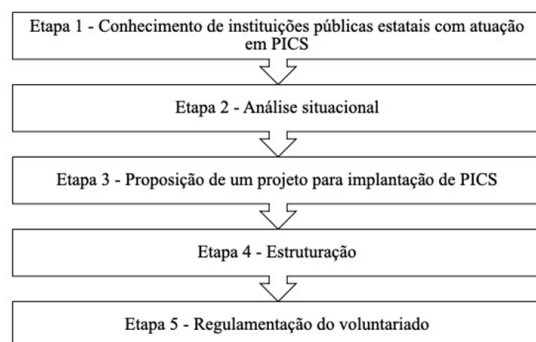
O local da realização da implantação, o CCR/CERII, está localizado em Florianópolis e caracteriza-se como uma instituição pública pertencente à SES/SC, de caráter ambulatorial inserido na média complexidade do SUS. Está organizado internamente em mais de 20 setores, com cerca de 120 funcionários (nível médio e superior), entre efetivos, de contratação temporária e terceirizados. Funciona com equipes profissionais das áreas de: educação física, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia (solo e aquática), medicina, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, para atendimento de pessoas com deficiência física e intelectual, incluindo crianças e adultos.

Quanto ao público alvo, estava centrado, inicialmente nos funcionários do CCR/CERII, visando também, a curto prazo, os usuários, seus familiares e cuidadores.

Nesta instituição, a autora desempenha o cargo efetivo de analista técnico em gestão e promoção de saúde, na função de fonoaudióloga desde 2013. Na área de PICS, a autora tem Mestrado em Reiki (*Usui Reiki Ryoho*), com formação de 2006 a 2019.

São descritas as etapas realizadas à referida implantação desde o ano de 2016 até 2018, como: 1) conhecimento das instituições públicas estatais<sup>3</sup> regionais com atuação em PICS; 2) análise situacional dos profissionais; 3) proposição de um projeto para implantação de PICS; 4) estruturação e prática do projeto; 5) regulamentação do voluntariado. Concluídas estas etapas, o projeto está em andamento atualmente.

Na Figura 1 apresentam-se as etapas para implantação de PICS no CCR/CERII:



Fonte: Dados primários (2022).

3. Setor público estatal: detêm o poder de Estado e/ou é subordinado ao aparato do Estado. Setor público não-estatal: organizações sem fins econômicos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

## 2.1 Etapa 1 - Conhecimento de instituições estatais com atuação em PICS

O primeiro passo para verificar a viabilidade da implantação de PICS no CCR/CERII foi conhecer instituições públicas estatais de âmbito municipal, estadual e federal com atuação em PICS na região de Florianópolis, nos anos de 2016 e 2017.

Inicialmente investigou-se a estruturação do Projeto Amanhecer do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por tratar-se de referência nesta área de atuação no serviço público federal desde 1996.

Também, o interesse deve-se ao fato de que a autora, na época, havia atuado como voluntária na modalidade Reiki nesta instituição. A coordenação do Projeto Amanhecer contribuiu significativamente ao disponibilizar informações, esclarecimentos, protocolos de atendimentos e documentação necessária para o processo de voluntariado.

A seguir, buscou-se conhecer a organização e o funcionamento das PICS no serviço público estadual, se haviam projetos desenvolvidos nas instituições da SES/SC, a saber, em ordem de contatos: Hospital Infantil Joana de Gusmão, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Nereu Ramos e Hospital Regional Homero de Miranda Gomes de São José. Houve contato telefônico e/ou visita técnica, por parte da autora, a estas instituições de saúde. Em algumas, os grupos voluntários disponibilizaram seus projetos, ampliando o entendimento a respeito das particularidades no processo de implantação de PICS.

Posteriormente, no âmbito municipal, realizou-se contato com o coordenador das PICS da Prefeitura Municipal de Florianópolis e estudou-se o trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

## 2.2 Etapa 2 - Análise situacional

No CCR/CERII, em maio de 2016, foi realizado um levantamento dos profissionais com formação em PICS a fim da proposição do primeiro Dia do Trabalhador. Neste momento, não existia apoio institucional para a oferta de PICS na média complexidade, nem saúde ocupacional, setor de humanização ou Núcleo de Educação Permanente na instituição.

Após autorização do gerente e da gerência técnica da instituição, o evento foi realizado com oferta de atividades como Auriculoterapia e Reiki, desempenhadas por seis terapeutas do CCR/CERII e por profissionais autônomos convidados, sendo que todos atuaram de modo voluntário. A partir de então, os terapeutas e os funcionários participantes demonstraram interesse na continuidade de oferta de atendimentos em PICS.

## 2.3 Etapa 3 - Proposição de um projeto para implantação de PICS

Com a inclusão do Reiki na PNPIC, em março de 2017, os envolvidos no evento do Dia do Trabalhador elaboraram um projeto de implantação de PICS para o CCR/CERII, denominado “Projeto de Práticas Integrativas e Complementares do CCR”. Este foi apresentado em junho de 2017 à gerência do CCR/CERII e contou com coordenação pela autora deste artigo. No projeto foram abordados os seguintes pontos: equipe organizadora; histórico das PICS no SUS; descrição das PICS propostas para o CCR; justificativa; objetivos; metodologia; resultados esperados; conclusão e anexos (certificados dos participantes, ficha de atendimento e termo de consentimento terapêutico). Após a aprovação, o projeto iniciou em setembro de 2017.

## 2.4 Etapa 4 – Estruturação

No mês de agosto de 2017 houve a divulgação e a sensibilização dos funcionários por meio de cartazes no mural do refeitório, pelo e-mail institucional aos setores e pessoalmente.

Foi definido um local (sala), com organização e estruturação do espaço físico e dos materiais necessários, além de esquematização do fluxo de acesso.

Foram ofertadas modalidades de Auriculoterapia, Meditação e Reiki, uma vez por semana, por dois fisioterapeutas com formação em Auriculoterapia, três profissionais (duas enfermeiras e uma fonoaudióloga) com formação em Reiki e uma psicóloga capacitada em Yoga e Meditação.

Como *fluxo de acesso*, o projeto propôs, inicialmente, a utilização de PICS no atendimento dos funcionários do CCR e justificou-se por promover estratégias para acompanhar e tratar da saúde, melhorar o ambiente de cuidado e as condições de trabalho dos funcionários, em consonância com a saúde do trabalhador e a política de humanização. O participante deveria solicitar liberação de sua chefia imediata para comparecer ao projeto de PICS ou participar em horário após o expediente.

Em 2017, foi disponibilizada uma agenda na portaria para marcação de atendimento individual e atividade coletiva. A partir de maio de 2018 outro avanço foi obtido, a marcação para funcionários passou a ser no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), mediante abertura de prontuário eletrônico e agendamento no sistema eletrônico disponibilizado no CCR/CERII. Neste sistema foram inseridos os códigos para Auriculoterapia e Reiki, conforme preconizado no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Os lançamentos das sessões eram realizados após os atendimentos, contribuindo para o monitoramento do Ministério da Saúde. Para tanto, foi efetuado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Serviço de classificação 134 – Práticas Integrativas e Complementares. A partir de 2020, os atendimentos foram ofertados também aos usuários (em atendimento no CCR) e aos seus familiares/acompanhantes, também com lançamentos no sistema eletrônico.

Foram estabelecidos protocolos preliminares para registros de atendimentos: ficha de atendimento, pesquisa de evolução terapêutica e termo de consentimento terapêutico. Estes protocolos ficavam arquivados em pasta específica de uso dos terapeutas do projeto.

Na ficha de atendimento constavam informações como: nome, data de nascimento, telefone, e-mail, motivos da consulta, hábitos alimentares, prática de atividades físicas, sono e repouso regular, doença, uso de medicamentos, acompanhamento médico ou outra especialidade, alergia. Ainda, era feito o registro dos atendimentos com data, prática aplicada, terapeuta, observações e assinatura do participante.

Na pesquisa de evolução terapêutica, preenchida pelos participantes no final do ano, constava a modalidade de atendimento, o número de sessões, se já havia realizado essas modalidades terapêuticas, a classificação do bem-estar e de satisfação geral, além de espaço para sugestões.

No termo de consentimento terapêutico, assinado, constava o número de registro geral (RG) ou cadastro de pessoa física (CPF) e expressava o consentimento para a realização da(s) modalidade(s) terapêutica(s) escolhida(s).

## 2.5 Etapa 5 - Regulamentação do voluntariado.

Observou-se a necessidade de mais profissionais para a continuidade e ampliação de oferta de horários de PICS. Assim, foi proposto um Termo de Adesão ao Serviço Voluntário do CCR (Anexo 1), conforme legislação federal que dispõe sobre o serviço voluntário - Lei nº 9.608/1988 (BRASIL, 1988). O Termo recebeu aprovação em maio de 2018, pela Diretoria de Gestão de Pessoas da SES/SC, pela Consultoria Jurídica da SES/SC e pela Gerência do CCR/CERII. O referido termo foi revisado em 2019 com inclusão da Lei Estadual nº 16.609/2015 (SANTA CATARINA, 2015).

## 3. Resultados e Discussão

Com base na metodologia, são apresentados os resultados obtidos e as questões principais que nortearam a discussão com apoio na literatura.

No que se refere ao *conhecimento de instituições públicas estatais com atuação em PICS*, pode-se constatar a importância desta etapa na ampliação do saber acerca da realidade e do histórico das PICS, por parte da pesquisadora.

Observa-se o fato de que as PICS despertam interesse social e nos profissionais de saúde em todas as instituições contatadas e visitadas, nos âmbitos municipal, estadual e federal. Estes profissionais buscaram formação em PICS para enriquecer seu potencial de cuidado, compreender melhor sobre as doenças e ampliar as possibilidades de recursos e técnicas de promoção e de prevenção, além de terapêuticas.

Segundo Santos e Tesser (2012), isso vem ocorrendo independentemente da gestão do SUS capacitar, incentivar ou contratar profissionais habilitados em PICS. Os autores referem que se trata, portanto, de um fenômeno social que precede e transcende as políticas.

Nascimento (2016) destaca a importância crescente pela procura por práticas integrativas, que ultrapassam as abordagens do modelo biomédico convencional, também na perspectiva de alcançar o cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros. Salienta, ainda, a contribuição das PICS para o reequilí-



da saúde física, mental, emocional e espiritual dos participantes.

Constatou-se que na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis foi instituída a Comissão de Implantação do Programa Municipal de PICS, pela Portaria/SS/GAB/nº 010/2010, a qual, posteriormente, passou a ter caráter permanente e foi denominada de Comissão de PICS pela Portaria nº 047/2010. Esta portaria definiu normas gerais para o desenvolvimento das PICS em Florianópolis, sendo estruturadas em quatro grupos: acupuntura, homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e outras PICS. A Instrução Normativa 004/2010 (PMF, 2010) estabeleceu fluxo de acesso dos usuários, estruturação dos serviços, registros de atendimentos e procedimentos, disponibilização de medicamentos e insumos relacionados e incluiu um modelo de formulário para atuação em PICS por funcionários, com autorização dos gestores.

De acordo com Santos e Tesser (2012), o passo inicial para a implantação das PICS é a definição de um núcleo responsável pela condução do processo, podendo ser constituído por profissionais da instituição, preferencialmente de caráter multiprofissional e com expertises em variadas PICS.

Quanto à *análise situacional*, destaca-se que os principais organizadores e promotores do acesso às PICS neste serviço de saúde estadual já existiam e exerciam outras funções. A união dos mesmos, inicialmente criou o Dia do Trabalhador. Constatou-se que o evento proporcionou 25 atendimentos ao longo de 1 hora e 30 minutos, gerando benefícios tanto aos voluntários quanto aos participantes. Entre os voluntários, percebeu-se um apurado senso de diálogo, entusiasmo e maior aproximação entre as pessoas que trabalhavam em diferentes setores. Ainda, os participantes demonstraram satisfação com a iniciativa, verbalizaram que esses momentos trouxeram valorização e motivação, bem como relaxamento e acolhimento. Este evento foi o grande motivador para a *proposição de um projeto para implantação de PICS no CCR/CERII*.

O percurso à implantação das PICS no CCR/CERII e a organização do projeto ocorreu por iniciativa dos próprios funcionários/terapeutas, que atuavam em fisioterapia, fonoaudiologia e enfermagem, e com PICS em Auriculoterapia e Reiki. Organizou-se como grupo de trabalho, cujos membros eram de categorias profissionais diferentes, de modo a aumentar a interface de contato institucional e estabeleceu-se um coordenador, para contribuir na mediação com os demais setores institucionais e com a gerência. Ao longo dos meses, houve modificação de profissionais e de algumas modalidades terapêuticas, devido à aposentadoria e à finalização de contrato temporário, por exemplo.

Santos e Tesser (2012) citam realidade semelhante em nível municipal, ou seja, pessoas que se capacitaram por interesse pessoal e que não exerciam tais práticas por desestímulo institucional ou outros motivos. Para os autores citados, um começo promissor consiste no reconhecimento, valorização, diálogo e empoderamento desses profissionais para que possam praticar o que sabem em termos de PICS, e também que contribuam com sua expertise na sensibilização e capacitação de seus colegas na implantação das PICS.

As ações voltadas à *estruturação do projeto no CCR/CERII* demonstram que este é um processo dinâmico e de permanente diálogo entre os envolvidos. Com vistas a construir solidez institucional, dadas as diferenças de entendimento e de crenças dos gestores em relação à PNPIC, é preciso se adequar constantemente às mudanças que envolvem os profissionais atuantes nas PICS, as modalidades ofertadas, o fluxo de atendimento e as formas de acesso.

Assim, entende-se que para a legitimação profissional e institucional e para que as atividades sejam registradas e formalizadas, há necessidade de regulamentação em nível estadual. Esta situação foi referida por Santos e Tesser (2012) como muito comum em ambientes com gestores não sensíveis às PICS, o que desestimula ou mesmo impossibilita a atuação profissional. Desse modo, sugere-se que a regulamentação aconteça por uma política estadual, estabelecendo normas gerais para o desenvolvimento das PICS na média complexidade, em consonância com a PNPIC, tais como: fluxo de acesso aos usuários, organização da demanda, estruturação dos serviços e do processo de trabalho das equipes, registros de atendimentos e procedimentos, processos educativos e de participação social.

Para contribuir à manutenção das PICS, os profissionais capacitados poderiam reservar horários para praticar PICS aos funcionários ou usuários e familiares/cuidadores que têm atendimento na instituição, com anuência do gestor. Santos e Tesser (2012) mostraram haver pelo menos três modos de inserção das PICS “naturalmente” desenvolvida por profissionais em situação de ausência de apoio institucional: reserva de turno(s) específico(s) para a prática; integração com demais atividades da instituição e ambas as formas associadas.

Ainda, como funciona no âmbito municipal de Florianópolis (SANTOS e TESSER, 2012), perce-

be-se que não há necessidade de uma padronização das atividades, devendo-se considerar a diversidade profissional e institucional.

A estruturação também visou possibilitar o lançamento dos atendimentos no sistema eletrônico da instituição, a fim de ser efetivado o monitoramento e a avaliação das atividades, com geração de relatórios e inclusão dos dados ao Ministério da Saúde, via SIA/SUS.

Quanto ao público alvo, nos primeiros anos (2017 a 2019) estava centrado nos funcionários do CCR/CERII. A partir de 2020, buscou-se atingir também os usuários do SUS, seus familiares e cuidadores. No sentido de ampliar os beneficiados, Habimorad (2015) cita a necessidade de formação profissional em PICS para o SUS; a estruturação das PICS nos serviços; o acesso e a aceitação de PICS por usuários do SUS. O autor destaca, ainda, o baixo conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC e as dificuldades no registro de informações sobre as PICS.

No que tange à *regulamentação do voluntariado*, houve adequação do Termo de Adesão ao Voluntariado no CCR na gestão de 2019, com inclusão da Lei Estadual nº 16.609 de 7 de abril de 2015, pela assessoria jurídica da instituição. O primeiro voluntário foi em Reflexologia, em 2018. Somado a outras voluntárias com a prática terapêutica Reiki em 2019, 2020 e 2021. Atualmente, no contexto da pandemia por Covid-19, o CCR/CERII conta com o apoio de 4 voluntárias em Reiki (enfermagem, fonoaudiologia, psicologia) e uma voluntária em Osteopatia. Torna-se fundamental incentivar a valorização do trabalho voluntário, identificando-o como uma forma de compromisso com a sociedade. Entretanto, no caso de terapeutas de PICS que sejam servidores, sugere-se considerar a possibilidade de que o trabalho seja desempenhado em seu horário laboral, como incentivado no âmbito municipal de Florianópolis, mediante acordo/projeto firmado com a gerência.

#### 4. Considerações Finais

O presente artigo descreve as etapas utilizadas no processo de implantação das PICS por meio de implantação das PICS através de uma pesquisa-ação, em um Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Florianópolis, estado de Santa Catarina (Brasil) e propõe a expansão da PNPIC à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, na média complexidade do SUS.

Decorridos quase cinco anos da proposta de implantação (2017-2022), transparece a busca contínua para a manutenção da oferta das PICS, especialmente nos últimos meses vivenciados com a pandemia por Covid-19. Para esta continuidade salientam-se algumas considerações que se caracterizam como grandes desafios e necessitam de esforços dos profissionais em parceria com gestores do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC).

Diante da procura, aceitação e benefícios das PICS, verifica-se a necessidade de ampliação de vagas ofertadas nesta abordagem integral de cuidado: para os funcionários, para os familiares/cuidadores e os usuários do SUS (adultos e crianças) que realizam seus atendimentos interprofissionais de reabilitação no CCR/CERII.

Para suprir esta demanda, três possibilidades parecem viáveis. A primeira, trata-se do aumento do número de voluntários, para o qual um importante passo foi dado neste sentido: a criação do Termo de Adesão ao Voluntariado na SES/SC, contribuindo com um modelo preliminar à política estadual das PICS em SC. Somada a esta, a segunda possibilidade refere-se à efetiva e respeitosa participação do funcionário público, também habilitado em PICS, com a prestação de atendimentos nos pressupostos da PNPIC, em carga horária a ser definida com o gestor. Ainda, como terceira possibilidade, a contratação de terapeutas com formação em PICS para atuar na média complexidade.

A experiência no CCR/CERII indica que a participação do funcionário em seu horário de trabalho, tanto para promover quanto para receber os atendimentos, promove saúde integral (físico, emocional, mental e espiritual), além de repercutir na melhoria da qualidade do atendimento público e na valorização do trabalho dos profissionais da área da saúde. Por este entendimento, pode-se visualizar, também, as PICS dentro da MAC como suporte à saúde do trabalhador da SES/SC e/ou atuação em conjunto com o setor de humanização, quando houver na instituição.

Conclui-se que a proposta de implantação do Projeto de Práticas Integrativas e Complementares do CCR/CERII tem sua relevância ao ampliar os atendimentos em PICS efetuados principalmente na Atenção Primária, para uma instituição de saúde de média complexidade que atua com pessoas com deficiência, contribuindo à efetividade da PNPIC no âmbito estadual de SC.

## **Agradecimentos**

Às instituições públicas visitadas, aos idealizadores e aos voluntários do Projeto de PICS do CCR/CERII, aos funcionários participantes e à gerência do CCR/CERII dos anos 2017 até 2022, pela oportunidade, confiança e incentivo.



## 5. Referências Bibliográficas

- BRASIL (1988). **Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1988**. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19608.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19608.htm). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2002). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2006). Ministério da Saúde. **Portaria nº 971/GM, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS) no Sistema Único de Saúde. Brasília. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, Seção1, n. 84, p. 20, 3 mai 2006. Disponível em [https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_971.pdf](https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_971.pdf). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2011). **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2012). **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2013). Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 496 de 03 de maio de 2013**. Centros Especializados em Reabilitação (CER). Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0496\\_03\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0496_03_05_2013.html). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2017). Ministério da Saúde. **Portaria nº 849/GM, de 27 de março de 2017**. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2018a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 702/GM, de 21 de março de 2018**. Inclui novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html). Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2018b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTM0NQ==>. Acesso em 4 set 2021.
- BRASIL (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em [http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICS-no-Brasil-julho\\_2020\\_v1\\_0.pdf](http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICS-no-Brasil-julho_2020_v1_0.pdf). Acesso em 4 set 2021.
- DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo : Atlas (3ª Ed.), 1995.
- HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti. **Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa**. 2015. 90 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/139384>. Acesso em 4 set 2021.
- NASCIMENTO, Marilda Nair dos Santos. **As contribuições sociais das práticas integrativas complementares do Projeto Amanhecer (HU-UFSC)**. Dissertação (Mestrado em Administração Universitária), Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172802>. Acesso em 4 set 2021.
- PMF (2010). Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. **Instrução Normativa 004/2010**. Disponível em [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28\\_03\\_2011\\_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b0d64ca.PDF](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28_03_2011_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b0d64ca.PDF). Acesso em 4 set 2021.
- SANTA CATARINA (2015). **Lei Estadual nº 16.609, de 7 de abril de 2015**. Dispõe sobre o serviço de voluntário no âmbito do Estado de Santa Catarina e adota outras providências. Disponível em [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2015/16609\\_2015\\_Lei\\_promulgada.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2015/16609_2015_Lei_promulgada.html). Acesso em 4 set 2021.

SANTA CATARINA (2019). **Lei nº 17.706, de 22 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de Santa Catarina. Disponível em [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2019/17706\\_2019\\_Lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2019/17706_2019_Lei.html). Acesso em 4 set 2021.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3011-24, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/LVNxyWmP5Kp7qcqhDV5w75g/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 4 set 2021.

THIOLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

## ENSAIOS DE FILOSOFIA & CIÊNCIAS VOCAIS: A NECESSIDADE DE QUESTIONAR AS BASES DOS CONCEITOS EM VOZ

### ESSAYS OF PHILOSOPHY & VOCAL SCIENCES: THE NEED OF QUESTIONING THE BASES OF VOICE CONCEPTS

Rubens Costa Güths<sup>1</sup>

#### 1. Introdução

Grande parte do conhecimento sobre a voz que é utilizado hoje provém do cultivo dos saberes construídos ao longo da história. Desde as primeiras especulações sobre a produção vocal com Hipócrates, na Grécia Antiga, passando pelo surgimento da laringologia com Cláudio Galeno, pelo resgate das teorias de Aristóteles na Idade Média, pelos experimentos visionários de Leonardo Da Vinci até o surgimento do laringoscópio com Manuel Garcia e seus reflexos para as ciências vocais contemporâneas. Esta trajetória também se entrelaça com as artes vocais, em especial o canto lírico, sendo este um dos grandes responsáveis por cunhar termos como “registros vocais”, “voz de peito”, “falsete”, dentre outros encontrados desde os primeiros tratados sobre canto da Idade Média (Von Leden, 2002; Güths, 2020).

Todavia, diversos autores apontam que as terminologias usadas para descrever os fenômenos vocais, especialmente aquelas que tiveram sua origem no canto, são imprecisas e inconsistentes, o que gera um problema para descrever os fenômenos vocais (Zangger et. al. 2003; Brixen; Sadolin; Kjelin, 2013). Sundberg (2018) diz que as pesquisas sobre voz têm como objeto central de estudo o chamado *Belcanto*, porém, que muitas vozes fogem dos padrões estéticos almejado por esse estilo. O fato de as artes vocais terem originado parte do tratamento das disfonias insere, ao menos parcialmente, as imprecisões e inconsistências terminológicas, herdadas do meio artístico, na terapêutica da voz e, por consequência, na fonoaudiologia (Behlau; Gama; Cielo, 2014).

Para que seja possível compreender a origem de certos conceitos presentes nas ciências vocais contemporâneas faz-se necessária uma investigação sobre a história da voz. Todavia, uma vez que muitos desses conceitos estão relacionados às práticas vocais artísticas, como o canto, por exemplo, essa investigação histórica deve ser feita através de um olhar antropológico e filosoficamente reflexivo, para que seja possível analisar não só a origem e a evolução desses conceitos ao longo dos séculos, mas, também, como o ser humano se relacionava com eles em diferentes períodos da história e quais significados sociais e culturais lhes eram atribuídos e/ou estavam submetidos. É dizer, não basta listar a cronologia dos acontecimentos, é preciso conhecer as teorias e motivações que levaram ao surgimento de tais conceitos.

Desta forma, o presente ensaio tem como objetivo fazer um levantamento, através de pesquisa bibliográfica, dos principais termos usados para descrever a voz humana ao longo dos séculos, lançando um olhar crítico-filosófico sobre os cenários onde estes surgiram, bem como dos principais representantes desse processo, para que seja possível compreender, de forma panorâmica, as origens dessas terminologias e suas implicações para as ciências vocais contemporâneas.

#### 2. Uma Revisão Histórica dos Conceitos Sobre a Voz Humana

##### 2.1 Antiguidade

As primeiras especulações com a intenção de conhecer e entender a produção da voz ocorreram na Grécia Antiga. No século V a.C., Hipócrates (460-377 a.C.), em sua obra *Corpus Hippocraticum*, diferencia aspectos como clareza, estridência, rouquidão, dentre outras qualidades vocais, fazendo uso, também, de informações para o diagnóstico e prognósticos de problemas vocais. Ele especulou que a traqueia e os pulmões possuem um papel fundamental na produção da voz, enquanto que os lábios e a língua estavam relacionados com a articulação dos sons da fala, porém, ele não diferenciou a articulação dos sons da fala,

1. Fonoaudiólogo. Especialista em Filosofia e Autoconhecimento. Florianópolis, Santa Catarina (Brasil) - rubens.guths@gmail.com

porém, ele não diferenciou a articulação de vogais e consoantes. Os termos “faringe” e “laringe” eram tratados como sinônimos em sua obra (Von Leden, 2002).

Diferente de Hipócrates, Aristóteles (384 -322 a.C.) postula que vogais e consoantes eram articuladas de formas diferentes. A descrição da produção vocal de Aristóteles pode estar relacionada com o conceito de *catarse* (*katharsis*). A tragédia de *Édipo Rei* de Sófocles (2012) expressa o exemplo perfeito do que Aristóteles, em sua obra *Poética* (2008), chamou de “*catarse*”. A ideia de *catarse* está ligada ao conceito de purificação, purgar e/ou limpar. No sentido aristotélico, está ligado à purificação da alma. É importante considerar que, para Aristóteles, a alma estava localizada no coração e nos pulmões (Von Leden, 2002). Em seus estudos, Aristóteles observou que havia uma relação entre o ar que vinha dos pulmões e a produção vocal (fonação). Logo, se a alma habitava os pulmões (que continham ar) e o ar dos pulmões resultava na voz, por consequência, a voz era, nas palavras de Aristóteles, "o espelho da alma" (Nogueira Júnior et. al. 2007).

Esta localização da alma, existente no pensamento aristotélico, pode estar ligada à ideia de *catarse*, uma vez que ele postula na *Poética* (2008) que a linguagem na tragédia “se serve da ação e não da narração” para seu embelezamento. Podemos entender, dessa forma, que a *catarse* está ligada à ação não-verbal que causa no público emoções - aqui pode-se ligar a ideia da alma localizada no coração e nos pulmões, uma vez que os estados emocionais causam mudanças em nossos batimentos, no ritmo respiratório e, por consequência, comportamentais - criadas pelos intérpretes que imitavam a realidade ou, no caso de *Édipo Rei*, pelo próprio desenrolar da dramaturgia. Ora, se a arte é simples imitação de coisas fenomênicas (*mimese*), como dizia Platão, como poderia ela causar, então, um efeito verdadeiro no público? Reflexões como esta podem ter sido o motivo para a oposição de Aristóteles ao pensamento de Platão em relação às artes, o que nos é sugerido, inclusive, pelo título de sua obra, uma vez que *poésis* significa fazer, criar, produzir, fabricar. Assim, a ideia de *catarse* estaria ligada à *poésis* das emoções em Aristóteles, sendo a obra de Sófocles um exemplo perfeito deste processo.

Outro grande nome que marcou os estudos sobre a voz na antiguidade foi Cláudio Galeno (129-199 ou 217 d.C). Galeno descreve as principais cartilagens e músculos da laringe tendo como base o aprendizado prático provindo do atendimento a gladiadores feridos na época. Em suas descrições, porém, ele identifica as cartilagens aritenóides como uma única cartilagem, possivelmente devido ao precário armazenamento e aos processos de decomposição dos corpos usados para dissecação na época. Ele também identificou a laringe como o órgão responsável pela produção da voz, chamando-a de *Principalissimum Organum Vocis* (Pinto, 2011; Behlau et. al. 2013). Em seu livro *De uso partium, VII, 5*, Galeno postula:

a traqueia prepara e pré-arranja a voz para a laringe... (as cartilagens) ampliam a voz que é ainda mais ampliada pela forma arqueada da garganta, que age como uma placa de ressonância (Von Leden, 2002, p.15).

Descrições sobre a indicação de pastilhas para cantores e atores que sofriam de inflamações na laringe também são encontradas em seus trabalhos, o que sugere que Galeno tinha interesse e/ou proximidade com as artes vocais da época. Cláudio Galeno é considerado o pai da laringologia e padrinho da foniatria, bem como das ciências vocais, tendo escrito mais de 300 livros - dos quais apenas 120 chegaram até os dias atuais - e dominado os conhecimentos médicos por mais de quinze séculos, além de ter sido um grande intelectual de seu tempo (Von Leden, 2002; Pinto, 2011; Behlau et. al. 2013).

## 2.2 Idade Média e Renascença

Adentrando no período da Idade Média, onde a produção filosófico-científica torna-se serva da teologia, podemos destacar as contribuições de pontífices como papa Gregório I que era extremamente interessado nas práticas do canto e influenciou amplamente a difusão do Canto Gregoriano, o qual recebeu seu nome como homenagem. Esse estilo surge a partir de influências da civilização greco-romana (e de suas línguas, grego e latim); de tradições célticas, como cantar longos poemas; e de tradições judaicas orientais, como a recitação melódica dos textos. O cantar estava intimamente ligado ao latim, pois tinha como base os textos bíblicos, sendo executado em missas e para ofício divino. Os conhecimentos e práticas de canto que se tinham nessa época (e antes dela também) eram transmitidos de forma oral. Logo, muitos dos ensinamentos se perderam e/ou foram modificados ao longo do tempo (Cereda & José Neto, 2018).



elas duas são bastante importantes para a história da voz. São elas: “Como Deus fala?” e “Anjos e/ou diabos falam?” (Von Leden, 2002). No período da escolástica, Tomás de Aquino (1225-1274 d.C.) teve importante papel na conciliação entre fé e razão, influenciando o pensamento da época, além de ter feito o resgate dos trabalhos de Aristóteles (Engelmann & Trevisan, 2015). Alguns estudos sugerem que Jerônimo de Morávia (1250-1304? d.C) tenha sido um seguidor de Tomás de Aquino (Cannon, 1936). Morávia fez grandes contribuições no uso da Viela, antecessora do violino, e sua principal obra foi o *Tractatus de Musica*. Pouco se sabe sobre sua vida, mas há indícios de que ele era um mestre em música pela Universidade Sorbonne (Paris, França) e foi, juntamente a João de Galandia (1193-1270 d.C.), um dos responsáveis pela origem do termo “registros vocais”, após comparar as mudanças no timbre da voz em regiões específicas com o Órgão Aerofone (ou de Tubos) (Cannon, 1936; Behlau et. al. 2013; Thurman et. al. 2014).

Em um Órgão Aerofone, cada sequência de tubos produz um timbre específico, visto que os tubos são fabricados com formas, medidas e materiais semelhantes. Como não havia tecnologia para visualização laríngea na época, as sensações corporais (sinestesia) foram o principal recurso para a investigação e sistematização dos registros vocais. Desta forma, *Vox Pectoris* (voz de peito) estava relacionada com as sensações vibratórias na região do osso esterno, no peito; *Vox Capitis* (voz de cabeça) causava vibrações na região da frente (testa), bem como nas laterais e na parte do topo do crânio; e *Vox Gutturis* (voz de garganta ou “gutural”), a qual foi interpretada como uma voz que causava sensações entre a *Vox Pectoris* e a *Vox Capitis*, sendo, portanto, localizada na região do pescoço, visto que ele está entre o peito e a cabeça. Essa nomenclatura estava relacionada com a região tonal onde cada sensação corporal se apresentava. A região mais grave estava associada às vibrações no peito e a mais aguda às vibrações na cabeça, estando a região média entre essas duas (Thurman et. al. 2014).

O resgate do pensamento de Aristóteles no período escolástico, não só influenciou o pensamento filosófico do período, como também na formação intelectual de teóricos musicais renascentistas como Gioseffo Zarlino (1517-1590), que postulou, em sua obra *Le Istitutione Harmoniche* que a voz era “repercussão do ar respirado na artéria vocal” — *la Voce è repercussione di aria respirata all’arteria vocale* (ZARLINO, 1562. Cap. 10, p. 77) —, indicando uma relação forte com o pensamento aristotélico da produção vocal inspirada na alma, a qual era localizada no coração e nos pulmões. Segundo Von Leden (2002) a conexão entre a laringe e o coração era um conceito amplamente difundido na Idade Média, o que influenciou o olhar sobre a voz durante todo o período. Ele destaca as contribuições de dois professores que defenderam teorias guiadas pela relação entre coração e laringe. O primeiro deles é Johannes Peyligk (1474-1522), de Leipzig, Alemanha, que sugeriu que o sistema vocal era uma derivação do coração e que havia uma artéria (chamada *vocalis arteria* ou *vocalis arterea*) de grandes medidas que se inseria na região laríngea (fig 1.1).

O segundo é Johannes von Ketham, professor de Medicina em Viena, que, em sua obra *Fasciculus Medicinæ* (1493), apresenta em um de seus desenhos uma estrutura chama “artéria traqueal” (*trachea arteria*) que conecta o coração diretamente à garganta (fig 1.2).

É importante ressaltar que Galeno já havia apontado a laringe como órgão responsável pela produção da voz no século II d.C., sendo que seus trabalhos dominaram o campo da medicina até o século XVII aproximadamente (Priston 2013). Isso sugere que tanto os trabalhos de Zarlino, com a voz na música, quanto os trabalhos de Peyligk e de Ketham, com a voz na medicina, sofreram influências do resgate das teorias de Aristóteles feito por teólogos da Idade Média, como Tomás de Aquino. Como Aristóteles havia postulado que “a voz é o espelho da alma”, sendo a alma localizada, por ele, no coração e nos pulmões, a ideia da existência de uma “artéria vocal” ou “artéria traqueal” sugere essa influência, além do aparente desconhecimento por parte de tais autores daquilo que Galeno séculos atrás, chamou de *Principalissimum Organum Vocis*, responsável pela produção da voz humana.

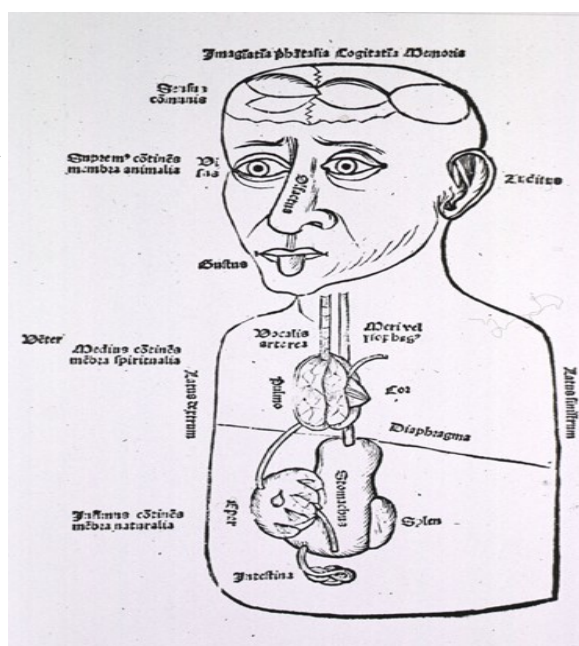
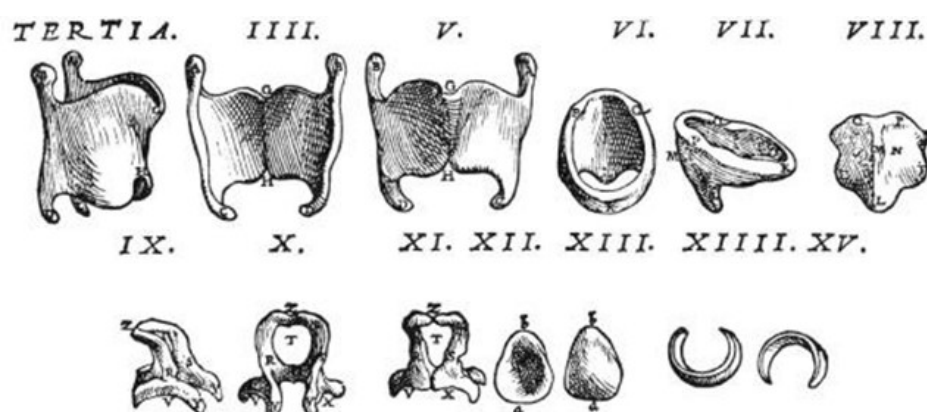


Figura 1.1 – Representação da vocalis arteria de Johannes Peyligk (Von Leden, 2002. p. 34).

Concomitantemente neste período da Renascença, Leonardo Da Vinci (1452-1519) fez detalhados desenhos da laringe e descrições da pronúncia dos sons fala. Ele dissecou mais de 30 cadáveres por Florença, Roma e Milão, o que possibilitou a obtenção de valiosas informações sobre a anatomia, fisiologia e patologia da voz humana. Para investigar a produção da voz humana, Da Vinci apertou os pulmões de um ganso com a intenção de produzir sons a partir da laringe do animal. Este experimento só foi repetido em 1741 por Antoine Ferrein, o que demonstra o quão visionário Da Vinci foi para sua época. Ele também descreveu as estruturas da boca, lábios, dentes e relacionou essas estruturas com a produção dos sons da fala, designando termos fonéticos específicos para sistematizar e diferenciar cada sons investigado. Infelizmente sua obra *Quaderni d'Anatomia*, onde se encontravam grande parte de suas contribuições acerca da voz humana, ficou desaparecida por três séculos, sendo reencontrada inexplicavelmente em 1784 na biblioteca da *English Royal House*. Ainda na Renascença, posterior a Da Vinci, o trabalho de Andreas Vesalius (1514-1565), intitulado *De Humani Corporis Fabrica*, trouxe novos desenhos das cartilagens da laringe e apontou erros nos trabalhos de Galeno, como, por exemplo, a correção de que existiam duas cartilagens aritenóides ao invés de uma única, como Galeno postulou (fig.1.2) (Von Leden, 2002; Güths, 2020). As críticas de Jacques du Bois, da Universidade de Paris, sobre os trabalhos de Vesalius demonstram como os trabalhos de Galeno ainda dominavam os conhecimentos médicos da época:

Se existem diferenças entre certas estruturas como as vistas por Vesalius e as descritas por Galeno, o corpo humano deve ter mudado nesse intervalo de 1200 anos (Von Leden, 2002, p. 42).



**Figura 1.2** – Desenhos das cartilagens da laringe. Cartilagens tireóidea e cricóidea, da esquerda para a direita, em vários ângulos na parte superior da imagem. Cartilagens artitenóideas (em par), cartilagem epiglótica e anéis cartilaginosa da traqueia na parte inferior da imagem da esquerda para a direita (Vesalius, 1568. p. 111).

### 2.3 Modernidade Pós-Renascimento

É importante ressaltar que todas essas contribuições antecedem os trabalhos de René Descartes (1596-1650), em especial sua obra *O Discurso do Método*, a qual inaugurou a filosofia moderna e construiu as bases para as ciências modernas e contemporâneas. A eixo central do racionalismo de Descartes estava na dúvida hiperbólica, isto é, no duvidar e questionar a realidade de tudo, pois só assim seria possível alcançar o conhecimento sobre algo. O único ato verdadeiro do qual é impossível duvidar é o pensamento, pois para duvidar dele próprio é necessário pensar, o que torna a razão o objeto a ser seguido para se alcançar o conhecimento. Deste raciocínio surge a máxima de Descartes: “*cogito, ergo, sum*” (Penso, logo, existo). Descartes apontou que os sentidos humanos não eram confiáveis para a produção do verdadeiro conhecimento e, por isso, para uma construção sólida do conhecimento, as hipóteses deveriam ser testadas para sua verificação, análise, síntese e enumeração dos resultados (Engelmann & Trevisan, 2015; Silva, 2017). Através do racionalismo de Descartes, os trabalhos de Galeno, Da Vinci e Vesalius sobre a obra de Galeno

Neste mesmo sentido, as teorias de Zarlino, Peyligk e Ketham, que sugeriam que a produção da voz ocorresse através de uma artéria “vocal” ou “traqueal” são, por consequência lógica, invalidadas. Os registros vocais, em contrapartida, uma vez que tiveram sua origem e sistematização baseadas nos sentidos humanos (sensações físicas e auditivas), tornam-se uma teoria não-cartesiana, sendo, portanto, uma teoria empírica.

Um dos principais representantes do empirismo foi David Hume (1711-1776), que defendia que o conhecimento era resultado da experiência, pois, para ele, o conteúdo da mente humana nada mais é do que um amontoado de percepções. Assim, os sentidos e a experiência permitem ao ser humano combinar, transpor, aumentar ou diminuir os materiais que absorvem, possibilitando o pensamento humano e limitando-o, também, à experiência sensível, uma vez que não é possível pensar em algo que nunca foi sentido ou experienciado (Silva, 2017). É desta forma que pode-se entender como Garlandia e Morávia, na Idade Média, transpuseram para a voz humana a experiência do órgão aerofone, justificando a origem empírica dos registros vocais.

Os registros vocais foram um grande tema de discussão e divergência entre os teóricos musicais que tratavam do canto na Modernidade, pois além das diferenças na quantidade de registros da voz humana, discutia-se também quais deles deveriam ser usados para o “bem-cantar”. A problemática dos registros vocais na Modernidade pode ser encontrada no canto desde antes dos trabalhos de Descartes. A ideia de “voz falsa” ou “falsete” (*voce finta*), por exemplo, foi usada pela primeira vez por Giulio Caccini (1551-1618), um cantor e compositor italiano de renome, o qual dividia a voz em *voce piena* ou *naturale* (“voz plena” ou “natural”) e *voce finta*. Contemporâneo à Caccini, Lodovico Zacconi (1555-1627) dividia a voz de forma semelhante à Garlandia e Morávia, sendo *voce di petto* (voz de peito), *voce di testa* (voz de cabeça) e *voce mezzane* (voz média ou intermediária). Tanto Caccini quanto Zacconi consideravam a voz de peito como “natural” por esta não apresentar “falsidade” em sua produção (Güths, 2020).

É possível questionar se a ideia de uma voz “falsa” - o que implica na existência de um oposto, isto é, uma voz “verdadeira” - tem raízes nas teorias de Zacconi sobre ligação entre o coração e a voz pela artéria vocal, bem como no resgate das teorias aristotélicas novamente. Esta ligação pode estar justamente no fato de que o oposto da voz “falsa” é a voz de peito, especialmente em Caccini, o qual traz a ideia de uma produção vocal falsa. Esta oposição, quando ligada à ideia de plenitude, naturalidade e veracidade da produção vocal, aponta para a ideia aristotélica de que “a voz é o espelho da alma”, sendo importante a localização da alma no coração e nos pulmões. Desta forma, uma voz “verdadeira” deveria vir do coração ou da alma. Consequentemente, para ser “verdadeira”, a voz deveria ser produzida no peito e, portanto, aquela voz que era produzida na cabeça não poderia ser verdadeira pois ela não vinha do coração ou da alma, sendo, desta forma, uma voz falsa. O componente religioso nesse raciocínio pode ser sugerido pelos trabalhos de Tomás de Aquino e Jerônimo de Morávia, bem como pelo próprio ambiente onde a música era ensinada durante a escolástica - a saber: o *Quadrivium* (Peinado, 2012).

Outras divisões e classificações dos registros vocais surgiram na segunda metade do século XVII. O cantor Pier Francesco Tosi (1647-1727), um dos primeiros *Castrati* conhecidos a escrever sobre o canto, divide a voz em dois registros (*voce di petto* e *voce di testa*) e postula que os cantores devem fazer uso de ambos. Nesta mesma época, Giovanni Battista Mancini (1714-1800), outro *Castrato* de grande renome, também divide a voz em dois registros da mesma forma que Tosi, porém, postula que determinados cantores eram hábeis em cantar, por toda sua extensão vocal, no registro de peito (Augustin, 2012). Esse relato torna evidente que os registros vocais, durante a Modernidade, passaram a representar não mais regiões tonais específicas, como proposto na Idade Média por Morávia e Garlandia, mas sim, qualidades vocais específicas, isto é, estão relacionados com a estética sonora da voz.

Concomitante às obras de Tosi e Caccini, Antoine Ferrein (1693-1769) postulou o termo *cordas vocais* após comparar o som da voz humana ao som das cordas de um violino. Alguns anos depois, o anatomista francês Exupère-Joseph Bertin (1712-1781) corrige o apontamento de Ferrein e publica o termo *pregas vocais* (Von Leden, 2002; Nogueira Junior, et. al. 2007). Em sua obra *Lettres sur le nouveau système de la voix et sur les artère lymphatiques* Bertin escreveu: “as duas bordas da glote [...] apenas formam as duas pregas de uma membrana elástica muito forte [...]. Não podemos, portanto, dizer que elas formam duas fitas ou duas cordas reais [...]. Essas duas pregas ou bordas da glote estão unidas uma à outra na cartilagem tireoide. Elas se afastam uma da outra à medida em que avançam na direção das cartilagens aritenóides; suas extremidades só podem ser aproximadas pelo movimento dessas cartilagens”. (Bertin, 1748, p. 28 a 30, tradução do autor).



Notavelmente, os trabalhos no campo da voz cantada começaram a se desenvolver de forma paralela às ciências médicas desde a Renascença (Güths, 2020). A bifurcação entre esses dois campos tem seu início com os trabalhos de Zarlino, Peyligk e Ketham quando comparados aos de Da Vinci e Vesalius. O auge dessa separação pode ser observado quando os trabalhos de Ferrein e Bertin são comparados aos de Tosi e Caccini. Em ambos os casos, tanto no canto quanto nas ciências médicas, as tecnologias disponíveis não permitiam a visualização *in vivo* das pregas vocais para que observações mais detalhadas sobre o funcionamento da voz pudessem ser feitas. A primeira visualização do funcionamento das pregas vocais em um sujeito vivo aconteceu em 1816, quando Ludwig Mende presenciou um paciente com um corte na região do pescoço após uma tentativa de suicídio (Von Leden, 2002). Entretanto, dadas as circunstâncias, as possibilidades de investigação eram demasiadamente limitadas.

## 2.4 Pós-Modernidade e Início da Idade Contemporânea

A primeira pessoa na história a conseguir visualizar com sucesso as pregas vocais de um indivíduo vivo foi o professor de canto Manuel Garcia (1805-1906). A carreira de cantor de Garcia perdeu forças quando sua voz foi acometida por problemas resultantes do uso excessivo. Em 1829 ele passa a se dedicar exclusivamente ao ensino do canto com o objetivo de prevenir que outros cantores viessem a sofrer com problemas semelhantes aos seus. Sua obra completa sobre canto foi publicada em 1847 com o título *Traité complet de l'art du chant*. Garcia se tornou um renomado professor de canto já na primeira metade do século XIX, porém, sua maior contribuição para o campo da voz foi, sem dúvidas, a visualização das pregas vocais *in vivo* através do uso de um espelho de dentista em 1854. Através do espelho e com a ajuda da luz solar, Garcia conseguiu observar os movimentos das pregas vocais durante a fonação, primeiramente em sua própria voz e, posteriormente, em outros cantores. Em março de 1855 ele apresentou os achados de suas observações para a *Royal Society of London* em seu trabalho intitulado *Observations Physiologiques Sur la Voix Humaine*. Suas contribuições lhe renderam o status de inventor do laringoscópio e precursor da laringologia (Urbina & Trullen, 2006).

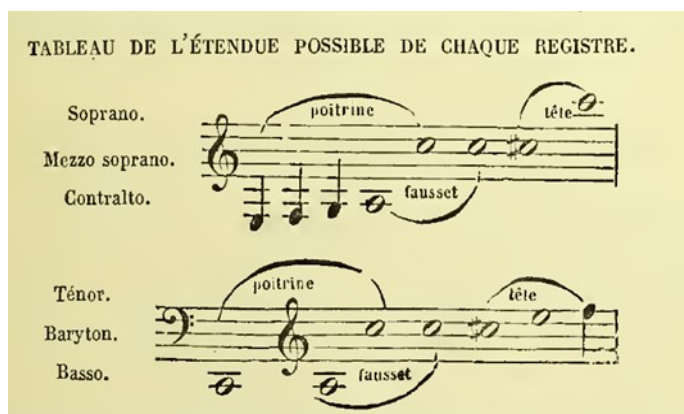
Garcia influenciou extremamente as ciências vocais contemporâneas, tanto no canto quanto nas ciências médicas. Entretanto, outro acontecimento que marcou os trabalhos de Garcia foi a inserção das terminologias usadas na pedagogia vocal cantada nos campos das ciências médicas. Esta inserção pode ser justificada devido ao processo de estudo e formação de Garcia terem ocorrido dentro do ambiente da voz cantada da época, o que implica em dizer que o olhar lançado por ele, para descrever e explicar os fenômenos vocais apresentados em seu trabalho *Observations Physiologiques Sur la Voix Humaine*, teve como eixo central os conhecimentos do canto e não das ciências médicas. A influência do canto pode ser observada em trechos de seu trabalho, como este:

Deixem-nos observar aqui, que três registros da voz são geralmente admitidos - peito, falsete e cabeça. O primeiro começa mais grave na voz de homens do que na voz de mulheres; o segundo se estende igualmente entre ambas as vozes; o terceiro é mais agudo em na voz feminina (Garcia, 1855. p. 25, tradução do autor).

Desta forma, observa-se que tanto o conceito de registro vocais é trazido para as ciências médicas, como, também, a própria divisão dos registros da voz apresentados por Garcia difere daquelas postuladas por Garlandia e Morávia, Caccini, Zacconi, Tosi e Mancini. Cabe ressaltar, também, que os registros vocais na obra de Garcia apresentam semelhanças como aqueles propostos por Garlandia e Morávia, os quais indicavam regiões tonais específicas, porém, também apresentam semelhanças com aqueles propostos por Tosi e Mancini, os quais indicavam estéticas (timbres) diferentes da voz. Também é importante notar que a ideia de voz falsa (falsete), presente nos trabalhos de Caccini e Zacconi, está presente na obra de Garcia, porém, ele não trata esse conceito como sinônimo de voz de cabeça como outros autores, diferenciando, portanto, ambos como diferentes registros e descrevendo-os como “mecanicamente idênticos, diferenciados apenas pelo timbre” (Henrich, 2006). A divisão dos registros vocais de Garcia pode ser observada na figura 1.3 (pag.25).

O século XIX trouxe enormes avanços para o campo do saber científico que influenciam fortemente a ciência e a filosofia contemporânea. As obras do filósofo alemão Friedrich Nietzsche (1844 - 1900) são exemplos deste processo. Nietzsche foi um grande crítico da civilização ocidental no que diz respeito aos seus valores e conceitos. Isto é, ele critica as bases na qual as civilizações ocidentais se fundamentam. Tais críticas passam pelas obras dos gregos antigos, pelo cristianismo, o racionalismo de





**Figura 1.3** – apresentação dos registros vocais e sua extensão (GARCIA, 1855. p. 25)

Descartes, bem como a moral e as ciências como um todo. Para ele, o ser humano é um ser que venera os ídolos que este mesmo constrói, sendo esses ídolos os conceitos e verdades absolutas que comprometem a razão deste ser. Nietzsche postula que o mundo moderno era moldado pelo conteúdo ético da religião cristã e que criticar a modernidade não poderia deixar de ser, também, uma crítica da moral e da religião. Suas críticas à religião o fizeram ser conhecido como “o filósofo que anunciou a morte de Deus”, além, claro, de colocar em evidência as influências da igreja e da Europa sobre todo o pensamento ocidental. Segundo ele, a própria ciência não sabia o significado da morte de Deus, pois a crença positivista em uma verdade absoluta conferia à ciência uma espécie de laicização da crença religiosa,

tendo a verdade absoluta no lugar de Deus (Giacóia Junior, 2000; Nietzsche, 2017).

Ao se considerar os questionamentos feitos por teólogos durante a Idade Média — como, por exemplo, “como Deus fala?” —, que grande parte do desenvolvimento da arte do canto, no ocidente, deuse afastado das ciências médicas e dentro do ambiente religioso (em especial a Igreja Católica), e que o trabalho de Manuel Garcia, no século XIX, introduziu nas ciências médicas diversas terminologias da tradição do canto, torna-se evidente que as críticas de Nietzsche acerca da influência religiosa e europeia nas ciências se aplicam, também, às ciências da voz. A presença desta influência na área da voz pode ser observada nas respostas de perguntas como:

O que é uma voz ideal?

Como imaginamos a voz de Deus?

Teria, Deus, problemas de fala?

Para esta última pergunta, a concepção de Deus oferecida pelo catolicismo, disseminada no ocidente, sugere que Deus não poderia ter problemas de fala, pois seu próprio filho, Jesus Cristo, teria o poder de curar tais problemas, como descrito em Marcos, 7:32-34. Para responder às outras duas questões, é importante refletir sobre as referências vocais que se tem no ocidente ao se pensar em uma “voz ideal” ou na “voz de Deus”. Poderiam ser essas na “voz de Deus”. Poderiam ser essas vozes, uma voz ruidosa?

Talvez anasalada? Com ressonância laringofaríngea (*Vox Gutturis*)? Ou seria ela mais semelhante à voz de um Tenor?

Reforçando as ideias de Nietzsche, Michel Foucault aponta, no século XX, para o apoderamento dos discursos teológicos por parte das ciências, em especial na medicina. Nas palavras de Foucault: “A medicina define não somente o que é anormal e o que não é, mas, por fim, o que é lícito ou ilícito, criminal ou não criminal, o que é abuso ou prática maligna” (Foucault, *As grandes funções da medicina em nossa sociedade*, 1972 *apud* Freitas, 2020, p. 187).

### 3. Implicações para as Ciências Vocais Contemporâneas

Diversos autores (Dinville, 1993; Behlau et. al. 2010; Gusmão; Campos; Maia, 2010; Sundberg, 2018) fazem comparativos das características da voz tendo cantores treinados, em canto erudito, como patamar ideal de comparação. Esse patamar é indicado por afirmações que sugerem que estes cantores possuem “dinâmica e qualidade vocal agradáveis” e “projeção vocal adequada” (Gusmão; Campos; Maia, 2010), uma vez que esses adjetivos são extremamente subjetivos - Afinal, agradáveis para quem? Adequada em comparação ao quê?. Desta forma, é importante para as ciências vocais refletir se seriam os cantores eruditos (tenores, por exemplo), comumente citados em pesquisas como patamar “ideal” de voz - o qual serve como referência para delimitar os “bons” e os “maus” padrões vocais -, uma espécie de ídolo (no sentido nietzscheano) das ciências da voz?

Somada às ideias de Nietzsche, é importante considerar que as sistematizações metodológicas do

canto se desenvolveram em um ambiente histórico onde o foco principal da voz estava voltado para seu uso na música (europeia) e não para sua descrição como fenômeno da natureza. Logo, elas são, por consequência, limitadas aos estilos musicais onde surgiram, sendo incapazes de descrever fenômenos vocais externos a ela, seja na voz cantada e/ou falada.

É importante salientar que os conhecimentos vocais apresentados aqui são, quase em totalidade, saberes cultivados pela visão ocidental do mundo, a qual tem tido a Europa como grande centro ao longo dos séculos. Segundo Güths (2020), pode-se observar três cenários onde os conhecimentos sobre a voz humana se desenvolvem em um cenário histórico: o das ciências médicas; o das artes vocais; e o das práticas ocultas. As ciências médicas, desde Hipócrates, dedicaram-se ao estudo da anatomia, da fisiologia e das patologias vocais majoritariamente. Durante a Idade Média ocorreu a separação entre as ciências médicas e as artes vocais, especialmente o canto. As artes vocais, então, dedicaram-se à busca pelo aperfeiçoamento de determinados ajustes vocais, tendo o canto como principal expoente. Essa busca resultou, principalmente, naquilo que hoje se conhece como *Bel Canto*. Paralelamente às ciências e as artes vocais, encontram-se as práticas ocultas, as quais englobam diversas práticas humanas que se desenvolveram fora do eixo europeu - o que significa a Europa e todos os países que se guiam por ela - ou que foram reprimidas pela religião, ciência e/ou cultura deste mesmo eixo. Dentre as práticas ocultas podemos encontrar artes como o ventriloquismo, atrelado a crenças ritualísticas em muitos casos; medicinas alternativas como a Ayurveda e a Medicina Tradicional Chinesa; e conhecimentos de nível popular, geralmente rotulados como bruxaria, superstição e/ou rituais sobrenaturais. Apesar de sua existência, os registros e documentos acerca da voz nas práticas ocultas podem ser considerados escassos e, em muitos casos, aparecem fragmentados em textos antigos ou sugeridos por passagens religiosas.

A importação para as ciências médicas de termos e conceitos desenvolvidos no trajeto histórico das artes vocais tem causado problemas para as ciências vocais contemporâneas. Brixen, Sadolin e Kjelin (2013) apontam que:

A terminologia usada para descrever a qualidade da voz cantada permanece problemática. Termos como “voz de peito”, “voz de cabeça”, “voz mista” são amplamente usados mas não definitivamente precisos [...] Outros exemplos de terminologias insuficientemente definidas amplamente usadas para descrever a voz cantada são: projeção, colocação, voz natural, falsete, *voix mix*, voz focada, cantar na máscara, etc (Brixen; Sadolin; Kjelin, 2013).

Morner, Fransson e Fant (1963) encontraram mais de 107 termos usados para identificar os registros vocais em materiais de pedagogia vocal cantada de diferentes países, mesmo após excluírem pequenas variações de um mesmo termo ou traduções simples de um idioma para o outro. Apesar disso, o número de pesquisas que se dedicam a descrição e “organização” das terminologias dos registros vocais tem sido frequente até os dias atuais, como observado nos trabalhos de Hollien (1974), Henrich (2006), Behlau et al. (2013) e Herbst (2020), a título de exemplo. Neste mesmo sentido, Sundberg (2018) diz que ainda hoje não se conseguiu encontrar uma boa definição para registros vocais. Ele também destaca que:

A maioria das pesquisas em voz se dedica à descrição e à explicação do assim chamado belcanto. Existem, em contrapartida, muitas vozes que não necessariamente se enquadram nesses padrões estéticos (Sundberg, 2018. p. 281).

Assim, é notável que o entrelaçamento histórico entre o canto e as ciências médicas, ocasionado pelos trabalhos de Garcia (1855), trouxe para as ciências vocais contemporâneas problemáticas conceituais e terminológicas originadas na Renascença que cruzaram a Idade Moderna e chegaram até Manuel Garcia, como já descrito nos itens 2.2, 2.3 e 2.4 deste trabalho. Esse entrelaçamento ganha ainda mais relevância pelo fato de as artes vocais, como o canto, terem dado origem a grande parte do tratamento atual das disfonias (Behlau; Gama; Cielo, 2014). Desta forma, ao mesmo tempo em que trouxeram contribuições importantes para o entendimento e o uso da voz humana, tanto à nível artístico como à nível de tratamento dos distúrbios da comunicação, a carência de rigor científico nas artes vocais gera confusões terminológicas e conceituais para a compreensão da voz.

A limitação do olhar para com fenômenos vocais que não se enquadram nos padrões vocais estabelecidos pelo Belcanto também é outro problema presente nas ciências vocais contemporâneas em grande medida (Silva, 2015). Sobre as vozes distorcidas encontrada em cantores de rock, por exemplo,

Sugere-se que:

Estes cantores necessitam de tensões e constrictões laríngeas, com qualidade vocal que pode ser intensamente desviada, áspera ou rouca, por vezes tensa e comprimida (Pecoraro et. al. 2010).

Anos antes, em contrapartida, Titze (1998) apontou para a presença de distorções vocais em fenômenos como no choro de bebês. Seria possível classificar o choro de um bebê como uma voz “desviada”? Como os padrões do Belcanto classificariam a qualidade vocal do choro de um bebê? Zangger et. al. (2003) ressalta que os estilos vocais não-clássicos (como o Belcanto) merecem maior atenção dos pesquisadores, especialmente por muitos estilos, como o rock, utilizarem produções vocais consideradas “não-saudáveis”. Outros autores também defendem a necessidade ampliar as pesquisas neste sentido (Brixen; Sadolin; Kjelin, 2013; Silva, 2015; Sundberg, 2018; Güths, 2020).

#### 4. Considerações Finais

As ciências vocais, dada sua característica interdisciplinar, carregam, até os dias atuais, questões histórico-culturais implicadas no surgimento de determinados termos e conceitos. O olhar histórico apresentado neste trabalho, ainda que panorâmico, permite observar a influência do catolicismo, do eurocentrismo e do empirismo pré-cartesiano em termos amplamente usados na contemporaneidade, como é o caso dos termos “registros vocais”, “voz de peito”, “voz de cabeça”, “falsete” e “voz natural”, para citar alguns. Os problemas resultantes do uso frequente desses termos por parte das ciências vocais têm sido apontados por diversos autores ao longo das últimas duas décadas. A limitação do olhar para com fenômenos vocais externos aos padrões estabelecidos pelas artes vocais também tem sido apontada e se estende para o campo das terapias vocais, uma vez que o tratamento das disfonias teve parte de sua origem nas artes vocais. É necessário, portanto, que o cultivo de tradicionalismos e crenças vocais, possivelmente importados das artes vocais, seja investigado de forma ampla.

Neste sentido, a filosofia torna-se uma importante aliada das ciências vocais contemporâneas, uma vez que a atitude crítico-filosófica visa indagar os “comos?”, os “por quês?” e os “o quês?”, em vários níveis da sociedade e do conhecimento humano, desvendando suas possíveis origens e sentidos para, então, validar e/ou invalidar determinados saberes. Para tanto, é necessário colocar em suspeição todo e qualquer conceito e/ou terminologia que possa abrir margem para a interpretação subjetiva, seja ela ligada a crenças religiosas, tradicionalismos ou não.

Assim, com base no exposto deste trabalho, é preciso questionar: os registros vocais são fenômenos naturais? Até onde as ciências vocais contemporâneas foram/estão “contaminadas” por conceitos e crenças de tradições não-científicas acerca da voz? Como podemos diferenciar o conhecimento tradicional do conhecimento científico no campo das ciências vocais? A influência do canto tradicional tornou as ciências vocais contemporâneas eurocêntricas? Isto é, a ideia de “voz boa” ou “voz saudável” seria aquela herdada pelas tradições europeias? Podemos, hoje, falar em uma História da Voz Cantada? Ou quando falamos em “história do canto” nos referimos à história de um tipo de canto especificamente? Conhecemos a história de cada estilo de canto? Desta mesma forma é necessário questionar o próprio entendimento contemporâneo de voz. O que é voz? Só há voz se houver vibração das pregas vocais? Quais são os limites da voz? A voz é natural?

Cabe ainda apontar - uma vez que estas foram tratadas como “práticas ocultas”, “bruxaria” e/ou não-científicas ao longo do tempo - a necessidade de uma investigação profunda e minuciosa das abordagens orientais acerca da voz, especialmente no que diz respeito às patologias vocais. Isto é, tomando como exemplo a Medicina Tradicional Chinesa, como são feitas as terapias vocais? Quais técnicas terapêuticas são empregadas? Os problemas de voz são abordados de forma isolada? Como é feito o tratamento de fendas, nódulos, pólipos e outras patologias da voz? A Acupuntura é usada para tratar esses problemas? Existem canais energéticos específicos para a laringe e o trato vocal? Esses tratamentos podem ser mais eficazes do que os da terapia vocal convencional? É possível otimizar o tempo de terapia através dessas práticas? É possível reduzir as intervenções cirúrgicas de problemas como os pólipos vocais, por exemplo?

## 5. Referências Bibliográficas

- ARISTÓTELES. Poética. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Prefácio de Maria Helena da Rocha Pereira. Tradução e Notas de Ana Maria Valente. 2008
- AUGUSTIN, K. Os Castrati: visão holística da prática da castração na música. (<http://periodicos.ufes.br/musicaelinguagem/article/view/3601>). 2012.
- BEHLAU, M. (org.). Voz: o livro do especialista - Volume I. Rio de Janeiro: Revinter. Terceira Reimpressão. 2013.
- BEHLAU, M.; GAMA, A. C. C.; CIELO, C. A. Técnicas Vocais. In: MARCHESAN, Irene Queiroz; SILVA, H. J. da; TOMÉ, M. C. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan. Cap. 17. p. 127-152. 2014
- BERTIN, E. J. Lettres sur le nouveau système de la voix et sur les artère lymphatiques. [S.I.]: [S.I.]. Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France. 1748.
- BRIXEN, E. B.; SADOLIN, C.; KJELIN, H.. Acoustical characteristics of vocal modes in singing. Audio Engineering Society: Convention Paper 8897. Roma, Itália, p. 1-11. maio. 2013.
- CANNON, S. J. of Moravia, O.P. Dominicana. Washington, D. C., p. 40-46. mar. 1936.
- CEREDA, P. R. M.; JOSÉ N. J. Generation of Gregorian chant melodies through adaptive techniques. São Paulo: Epusp. (Memórias do WTA 2018.). Workshop de Tecnologia Adaptativa. 2018.
- DINVILLE, C. A técnica da voz cantada. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 1993.
- ENGELMANN, A. A.; TREVISAN, F. C. Leitura e produção de textos filosóficos. Curitiba: Intersaberes. (Abordagens Filosóficas em Educação). 2015
- FREITAS, F. S. de. A Perspectiva biopolítica da medicina social: sus, psf, neoliberalismo e pandemia. Kínesis, Pará, v. 12, n. 31, p. 186-213, jun. 2020.
- GARCIA, M. Observations Physiologiques sur La Voix Humaine. Déposées A La Société Royale de Londres. Londres. mar. 1855.
- GIACOIA J. Osvaldo. Nietzsche. São Paulo: Publifolha. (Folha explica). ISBN 85-7402-212-8. 2000.
- GUSMÃO, C. de S.; CAMPOS, P. H.; MAIA, M. E. O. O formante do cantor e os ajustes laríngeos utilizados para realizá-lo: uma revisão descritiva. Per Musi: Revista Acadêmica de Música, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p.43-50, jul. 2010.
- GÜTHS, R. C. As Mudanças de Perspectiva do Olhar sobre a Voz: do som à fonte e da fonte ao som. 2020. 18 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-Graduação em Filosofia e Autoconhecimento: Uso Pessoal e Profissional, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.
- HENRICH, Dr N.. Mirroring the voice from Garcia to the present day: some insights into singing voice registers. Logopedics Phoniatrics Vocology, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 3-14. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/14015430500344844>. jan. 2006.
- HERBST, C. T. Registers — The Snake Pit of Voice Pedagogy: part 1: proprioception, perception, and laryngeal mechanisms. Journal Of Singing. [S.I.], p. 175-190. nov. 2020.
- MÖRNER, M., F. G., FANT, G., “Voice Register Terminology and Standard Pitch,” Speech Transmission Laboratory Quarterly Progress and Status Reports [STLQPSR] 4, no. 4 17 - 23. 1963.
- NOGUEIRA JÚNIOR, J. F. et. al. Breve história da otorrinolaringologia: otologia, laringologia e rinologia. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 5, n. 73, p.693-703, out. 2007
- NIETZSCHE, F. Crepúsculo dos Ídolos. São Paulo: Companhia de Bolso, Tradução de Paulo César de Souza. 5ª reimpressão. 2017.
- PECORARO, G. et. al. Cantores de Rock: ajustes dinâmicos de trato vocal, análise perceptivo-auditiva e acústica das vozes ao longo de cinco décadas. In: Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 18., 2010, Curitiba. Cantores de Rock: ajustes dinâmicos de trato vocal, análise perceptivo-auditiva e acústica das vozes ao longo de cinco décadas. Curitiba: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2010. p. 3014 - 3014. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/portal/suplementorsbfa>>. Acesso em: 06 abr. 2015.
- PECORARO, G. et. al. Cantores de Rock: ajustes dinâmicos de trato vocal, análise perceptivo-auditiva e acústica das vozes ao longo de cinco décadas. In: Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. 18., 2010, Curitiba. Cantores de Rock: ajustes dinâmicos de trato vocal, análise perceptivo-auditiva e acústica das vozes ao longo de cinco décadas. Curitiba: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2010. p. 3014 - 3014. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/portal/suplementorsbfa>>. Acesso em: 06 abr. 2015.



- PEINADO, M. R. S. de S. O ensino do Trivium e do Quadrivium, a linguagem e a história na proposta de educação agostiniana. *Imagens da Educação*, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 1-10, 8 fev. 2012. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/imagenseduc.v2i1.15808>.
- PINTO, A. M. T. M. *A Voz Cantada: Estudo Temático e sua Repercussão Artística*. 2012. 44 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2011.
- PRISTON, Jaqueline. *Dieta Vocal: mitos e verdades sobre voz*. Rio de Janeiro: Autoria, 2013. 110 p. ISBN: 978-85-67009-01-8.
- SILVA, L. A. C. da. Drives Vocais: Vozes Desviadas/Alteradas? ou esquemas vocais compostos? In: XXIII Congresso Brasileiro e IX Congresso Internacional de Fonoaudiologia, 23., 2015, Salvador. Anais [...] . Salvador: Sbfaf, 2015. p. 7947-7947. Disponível em: [http://www.sbfaf.org.br/portal/anais2015/trabalhos\\_select.php?id\\_artigo=7947&tt=SESS%C3O%20DE%20P%D4STERES](http://www.sbfaf.org.br/portal/anais2015/trabalhos_select.php?id_artigo=7947&tt=SESS%C3O%20DE%20P%D4STERES). Acesso em: 24 jul. 2021.
- SILVA, R. A. da. *Caminhos da filosofia*. Curitiba: Intersaberes, 2017. (Estudos de Filosofia).
- SÓFOCLES. A. *Trilogia Tebana: Édipo rei - Édipo em Colono - Antígona*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. (Tragédia Grega. Volume I). Tradução do grego e apresentação: Mário da Gama Kury. 15ª reimpressão. Edição digital de Janeiro de 2012. ISBN: 978-85-378-0217-5.
- SUNDBERG, J. *Ciência da Voz: fatos sobre a voz na fala e no canto*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2018. 328 p. Tradução e Revisão: Gláucia Laís Salomão.
- THURMAN, L. et. al. Addressing Vocal Register Discrepancies: an alternative, science-based theory of register phenomena. In: *Second International Conference the Physiology and Acoustics of Singing 6-9 October 2004, 2., 2014, Denver, Colorado*. Conference Paper. Denver, Colorado: National Center For Voice And Speech, 2014. p. 1-65.
- TITZE, I. Deliberate use of distortion in singing. *The Journal of the Acoustical Society of America*. 1998; 103(5): 2796-2797.
- URBINA, A. P. de; TRULLÉN, A. P. Manuel García, profesor de canto e inventor del laringoscopio y precursor de la laringoscopia (1805-1906). *Revista de Patología Respiratoria, Zaragoza*, v. 9, n. 3, p. 130-140, set. 2006. Artículo Especial.
- VESALIUS, A. *De Humani Corporis Fabrica*. [S.I.]: [S.I.], 1568.
- VON LEDEN, Hans. História Cultural da Laringe e da Voz. In: SATALOFF, Robert Thayer; GOULD, Wilbur J.; SPIEGEL, J. R.. *Manual Prático de Fonocirurgia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. Cap. 2. p. 3-64. Tradução de: Ediane V. Dias C. e Carlos de A.
- ZANGGER D. B. et. al. Vocal fold vibration and voice source aperiodicity in phonatorily distorted singing. *TMH-QPSR, KTH*. 2003;45(1):087-091.
- ZARLINO, G. D. S. & delle Voci, & in qual modo naschino. In: ZARLINO, G. *Le Istitutione Harmoniche*. Venetia: Appreffo Francesco Senefe, Al fegno della Pace., 1562. Cap. 10. p. 77-78. (Digitalized by Google).

## FONOAUDIOLOGIA E ACUPUNTURA: DISCUSSÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 272 DE 2001 DO CONSELHO FEDERAL FONOAUDIOLOGIA E ALGUMAS REPERCUSSÕES<sup>1</sup>

### SPEECH THERAPY AND ACUPUNCTURE: CRITICAL DISCUSSION ON THE PROCESS OF REPEAL OF RESOLUTION Nº 272 OF 2001 OF THE FEDERAL SÉECH THERAPY COUNCIL AND SOME REPERCUSSIONS

*Cristiane A. de Moraes Lima<sup>1</sup>*

#### 1. Introdução

A revogação da Resolução nº 272 de 2001 do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFF<sup>a</sup>) impede a prática da acupuntura pelo fonoaudiólogo ou no tratamento dos distúrbios da comunicação humana? A busca por respostas a esse problema transcende a noção de legitimidade como mero sinônimo de legalidade estatal. Dito de outra maneira, a revogação de uma Lei por decisão judicial não é o suficiente para fazer com que algo deixe de ser legítimo no âmbito da saúde?

Atualmente a relação entre fonoaudiologia e acupuntura está latente, intimidada por duas polêmicas questões, com efeito: a legalidade e a cientificidade da Acupuntura. É comum entre os fonoaudiólogos a ignorância acerca da acupuntura enquanto ciência fundamentada por uma racionalidade própria e o seu caráter profissional multi, inter e transdisciplinar, em especial, pela influência biomédica convencional e da visão pedagoga na profissão:

a primeira à luz, sobretudo, da filosofia de Descartes e das ciências consideradas puras (Química, Física e Matemática), cujo resultados palpáveis de experimentos controlados e a razão são postos como as verdadeiras bases da ciência, fazendo com que a ciência ocidental se desenvolvesse com base na noção de especialidade, especialista e especialização [...]. A segunda perspectiva orientada pelo modelo de educação escolar bancário e passivo [...]. É fundamentado no pedagogismo que a prática fonoaudiológica se resumirá, muitas vezes, em terapias com exercícios repetitivos e descontextualizados (Pacheco e Lima, 2020, p.18).

Desta forma, debater a relação fonoaudiologia e acupuntura no âmbito histórico social permitirá ao fonoaudiólogo uma compreensão mais crítica acerca dessa relação e o encontro com novos ou silenciados paradigmas médicos/saúde, sendo relevante para movimentos de: a) enfrentamento da histórica crise na saúde brasileira, que pode ser vista inicialmente como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo (Luz, 1997); b) superação da crise da medicina em seus diversos planos (institucional, ético, de eficácia, bioético, corporativo, pedagógico e paradigma médico), caracterizada, entre outras, pelo afastamento da medicina do sujeito humano e do seu sofrimento (Luz, 1997) e c) avanço da ciência em uma perspectiva integrativa, superando a visão mecânica centrada no sintoma (ou na doença) e na sua medicalização – pois vivemos em uma sociedade composta por fármaco-humanos e orientados por um discurso mítico propagador da potencialização do poder dos medicamentos, apresentando-os como solução imediata e eficaz para o sofrimento (Aguiar, 2004).

Sendo assim, esse ensaio discutirá a relação fonoaudiologia e acupuntura do antes ao depois da Resolução nº 272 de 2001, do CFFa, incluindo a sua revogação, com a intenção de ressignificar essa relação. Para isso, apresentará a racionalidade médica e a história da Acupuntura no Brasil, debaterá a aproximação entre a fonoaudiologia brasileira e acupuntura, discutirá criticamente o processo de criação e de revogação da Resolução nº 272 e, por fim; caracterizará a interface acupuntura e fonoaudiologia para aperfeiçoar a relação entre essas duas áreas.

1. Ensaio influenciado pela monografia intitulada Acupuntura e Fonoaudiologia: estudo histórico para ressignificar essa relação após a revogação da resolução nº 272 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, para obtenção do título de especialista em Acupuntura - CIEPH, SC, 2019.

2. Fonoaudióloga pós-graduada em Acupuntura. Diretora do IATEL.



## 2. Aspectos históricos da Acupuntura no Brasil

O ideograma original chinês da palavra acupuntura (针灸 = Zhen Jiu) significa “ferro e fogo”. Ferro representa o uso da agulha de metal e o fogo a queima da planta artemísia através da técnica denominada moxabustão (BRASIL, MS, PNPICs - SUS, p.18). No entanto, a origem ocidental da palavra derivada dos radicais latino *Acus e Punctura*, ou seja, agulha e puncionar, respectivamente, causou o senso comum de que acupuntura se resume a mera colocação de agulhas no corpo.

A prática da acupuntura é milenar e consiste na estimulação de pontos específicos do corpo, em regiões denominadas meridianos ou canais energéticos, visando o cuidado e a promoção da saúde. Utiliza-se nesses pontos e meridianos agulhas filiformes, sólidas e sem orifício, de metais como ouro, prata, platina e aço inox (as mais usadas), bem como outros recursos como calor, magnetos, sementes, pressão negativa (ventosas) e estímulos manuais com a finalidade de restaurar, promover e equilibrar as funções energéticas e metabólicas dos sistemas e órgãos. (Nogueira e Maki, 2003 p.6).

De acordo com Kwang (2017), historicamente a acupuntura brasileira está dividida em seis (06) fases, sendo elas, resumidamente:

- 1) **Indígena** (perdurou até o século XIX) - há evidências de que os índios brasileiros acupunturavam o corpo com ossos de animais e espinhos de plantas. Portanto, no Brasil a acupuntura e as práticas integrativas em geral, sofreram, no mínimo, três fortes influências: indígena, oriental e a europeia (Kurebayashi, 2007).
- 2) **Oriental e nebulosa** (1810 a 1953) - sob a influência da prática trazida pelos imigrantes orientais e que era de difícil entendimento para os profissionais da saúde e para a sociedade em geral.
- 3) **Europeia e misteriosa** (1953 a 1972) - envolve o uso da prática como medicina alternativa associada ao misticismo e que aos poucos vai ganhando adeptos.
- 4) **Romântica** (1972 a 1985) - envolve, entre outros, a ideia de prática alterativa aprendida de forma interdisciplinar e capaz de mudar a hegemonia biomédica mecanicista.
- 5) **Dissidência médica** (entre 1985 e 1995) - divisão entre acupunturistas médicos e não médicos criando a narrativa da acupuntura como prática privativa do médico e a disputa pelo seu monopólio.
- 6) **Resistência heroica** - fase atual na luta e na defesa da acupuntura como sistema médico próprio, científico, multi, inter e transdisciplinar.

A acupuntura de tradição oriental foi trazida para o Brasil pelos imigrantes chineses, japoneses e coreanos que vieram para as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo (Rocha et. al. 2015, p. 156). Segundo Evaldo M. Leite, um dos pioneiros da acupuntura brasileira, os imigrantes orientais da cidade de São Paulo praticavam a acupuntura em suas colônias, o que de certa forma dificultava, naquela época, o acesso ao conhecimento mais profundo sobre a técnica (Rocha e Gallian, 2016).

[...] Eu soube que os chineses e, sobretudo, os japoneses faziam acupuntura aqui em São Paulo. Nessa época aqui no Brasil a acupuntura era praticada mais dentro da própria colônia entre os próprios imigrantes [...]. Quando vim para São Paulo eu tinha a esperança de ter um contato com a acupuntura, mas não tive acesso, as colônias japonesas eram muito fechadas e infelizmente não tive acesso (Leite em entrevista a Rocha e Gallian 2016, p. 240).

A partir de 1950 o fisioterapeuta e professor Friedrich Johann Spaeth, imigrante Luxemburguês, iniciou o ensino da acupuntura no Brasil<sup>4</sup>. Ele fundou a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental – ABA (1958) e começou a realizar cursos com o objetivo de formar profissionais que tinham interesse em aprender acupuntura na perspectiva da Medicina Tradicional Chinesa (Oliveira, 2016).

3. Ler Kurebayshi L. F. S: Acupuntura na saúde pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros. Dissertação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, 2007.

A luta de Spaeth e seus companheiros pela institucionalização da acupuntura, originada na década de 50 do século passado, iniciou, como observamos, com a preocupação de agregar profissionais e formar novos acupunturistas, de maneira que fosse possível consolidar uma massa crítica profissional, capaz de difundir a teoria e seus benefícios no território brasileiro (Oliveira, 2016, p. 01).

Em 1972, Spaeth junto com outras pessoas como Ermelino Pugliesi, Ary Telles Cordeiro e Evaldo Martins Leite, transformaram a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental na Associação Brasileira de Acupuntura, que contribuiu para formar muitos acupunturistas, entre eles, médicos que posteriormente foram repudiados pela classe por charlatanismo (Oliveira, 2016, p.1).

Nesse sentido, em 03 de agosto de 1972, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 467, estabelecendo que a acupuntura não era especialidade ou técnica médica:

A resolução CFM nº 467 [...] Resolve: 1 – a lista de especialidades reconhecida para efeito de publicidade médica é a vigente na regulamentação da Associação Médica Brasileira até que o Conselho Federal de Medicina disponha especificamente sobre o assunto 2 - Reflexologia não é considerada especialidade médica e 3 Acupuntura não é especialidade médica (Belchior e Santos, 1972).

Se por um lado essa resolução contribuiu para a estigmatização dos médicos que Spaeth ajudou a formar (Oliveira, 2016, p.2) por outro influenciou uma ruptura entre profissionais médicos e não médicos, bem como a polêmica em torno da cientificidade e da eficácia da Acupuntura - uma vez que no senso comum o discurso médico é absoluto. Sobre o discurso médico, Herzog (1991, p. 144) explica que a medicina moderna convencional através do seu discurso, dá configuração concreta à sua prática, constituindo um sujeito da doença e assegurando a hegemonia do saber médico.

Apesar da ruptura entre médicos e não médicos frente a acupuntura as escolas de acupuntura mantiveram-se aceitando todos os profissionais da saúde interessados em aprender Medicina Tradicional Chinesa. Kornin (2016) comenta, por exemplo, que a fundação do Centro de Estudos Acupuntura e Terapias Integrativas - CEATA em 1981, pelo médico Wu Tou Kwang<sup>5</sup>, estimulou a formação multidisciplinar:

A instituição incentivava, assim, a prática multiprofissional da acupuntura, pois qualquer profissional da saúde poderia realizar seus cursos de formação, não sendo os mesmos exclusivos para médico (2016, p. 111).

Atualmente a acupuntura não é considerada uma profissão, pois não está regulamentada por Lei específica. Sendo assim, é uma ocupação legalmente reconhecida pelo Código Brasileiro de Ocupações - CBO, sob o número 3221-05 (Araújo, 2012. p.5). Nesse sentido, o direito ao exercício da acupuntura está garantido a todo profissional devidamente formado nesta área, conforme prevê a Constituição Federal Brasileira de 1988, no seu Artigo 5º:

Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito a vida, a liberdade, a igualdade, a segurança, e a propriedade, nos termos seguintes [...] **II ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da Lei, XIII é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer**<sup>6</sup>.

4. Porém, segundo Kwang (2017), após passarem oito anos na China 05 acupunturistas criaram a liga de pesquisa em Acupuntura de Belo Horizonte, em 1904.

5. Wu Tou Kwang é um imigrante chinês que se formou em medicina na Universidade de São Paulo - USP, em 1975. Atualmente é reconhecido como um dos principais nomes no ensino e na pesquisa em Acupuntura no Brasil e um dos principais atores em relação a Acupuntura multidisciplinar.

6. Destaque e sublinhado do autor.

Acupuntura no Brasil segue dois movimentos antagônicos: um a favor da exclusividade médica e o outro em defesa da acupuntura multidisciplinar e/ou livre<sup>7</sup>, gerando confrontos entre grupos e classes profissionais e o distanciamento da acupuntura do seu verdadeiro sentido: promover a saúde.

Esta disputa de campo, no sentido do conceito utilizado por Bourdieu (1994), resultou em distintas configurações de possibilidades e proibições nos países ocidentais, no que diz respeito à formação e atuação destes ‘novos profissionais de Saúde’. Dentro da diversidade de novas práticas, é possível notar que algumas foram mais incorporadas às culturas ocidentais, sendo também objeto de disputa por corporações profissionais. Neste aspecto merece destaque a Racionalidade Médica Chinesa, através de uma de suas práticas terapêuticas mais difundidas, a Acupuntura. (Souza, 2008. p.22).

Vale ressaltar que nesse cenário, a Lei que regulamenta a atividade do médico (popular “Ato Médico”) foi aprovado com vetos<sup>8</sup> da presidente Dilma Rousseff, garantindo assim a multidisciplinaridade da acupuntura.

Ao caracterizar de maneira ampla e imprecisa o que seriam procedimentos invasivos, os dois dispositivos atribuem privativamente aos profissionais médicos um rol extenso de procedimentos, incluindo alguns que já estão consagrados no Sistema Único de Saúde a partir de uma perspectiva multiprofissional. Em particular, o projeto de Lei restringe a execução de punções e drenagens e transforma a prática da acupuntura em privativa dos médicos, restringindo as possibilidades de atenção à saúde e contrariando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde. O poder executivo apresentará nova proposta para caracterizar com precisão tais procedimentos. (Veto 24, de 2013, ao Projeto de Lei do Senado nº 268 de 2002 – Regulamentação da Medicina).

### 3. Racionalidade Médica Chinesa – Acupuntura

A medicina tradicional chinesa é um sistema milenar de promoção e de cuidado da saúde, solidamente fundamentada em princípios filosóficos, sociológicos e astronômicos que não dissociam ser humano - sociedade e natureza. Deriva de um conhecimento sofisticado, cumulativo e evolutivo, que até certo ponto surpreendeu os estudiosos ocidentais cuja história da medicina ignorava ou desqualificava como práticas populares a experiência de civilizações não europeias (Jacques, 2001).

Atualmente esse sistema é analisado a partir do conceito de racionalidade médica desenvolvido por Luz (2000, p. 183 – 185) e amplamente difundido no Brasil. Racionalidade é a integração estruturada de práticas e saberes dentro de seis dimensões, interligadas, sendo elas:

- a) **Morfologia Humana** - na biomedicina convencional resume-se a anatomia. Na medicina tradicional chinesa envolve os meridianos (canais energéticos) e acupontos.
- b) **Dinâmica Vital** - na biomedicina convencional essa dimensão envolve a fisiologia, tanto geral quanto específica (neurofisiologia, fisiologia pulmonar, entre outros). Na Medicina Tradicional

7. De acordo com discussões do GEFA - MTC, existe uma diferença entre a defesa pela multidisciplinaridade e a atividade livre. A primeira diz respeito a acreditar que a acupuntura pode ser exercida por qualquer profissional da saúde em sua área de abrangência. A segunda diz respeito a defender a acupuntura como racionalidade/atividade própria de saúde sem as atuais amarras do modelo de ensino exigido pelo Estado.

8 Foram vetados os incisos I, II e IV do parágrafo 5º, do artigo 4º. Entre as razões dos vetos foram que ao caracterizar de maneira ampla e imprecisa o que seriam os procedimentos já consagrados do Sistema Único de Saúde, a partir de uma perspectiva multiprofissional, como por exemplo, a execução de punções e drenagens. E feriram políticas do SUS como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde.

Chinesa significa a complexa rede que se forma entre os meridianos, integrando os órgãos e as vísceras e estes com as estruturas físicas e as emoções, bem como o ser humano com a natureza.

**c) Sistema de Diagnose** - significa como avaliar, identificar e classificar os problemas de saúde. A biomedicina convencional adota uma postura segmentada utilizando como principais métodos: avaliação dos sinais vitais com uso de equipamentos, exames bioquímicos e físicos específicos, exames de imagem e aplicação de protocolos especializados para classificação de sinais e sintomas. A Medicina Tradicional Chinesa adota uma postura integral avaliando a corporeidade e a relação entre as manifestações do indivíduo com o contexto ecossistêmico, utilizando como principais métodos os microsistemas de face, abdômen, língua, olho, mão, pé, costas, entre outros, bem como a escuta e a observação cautelosa do comportamento humano.

**d) Doutrina Médica** - tanto na biomedicina convencional quanto na medicina tradicional chinesa essa dimensão envolve as noções de doença e de saúde e, conseqüentemente, de prevenção e de tratamento. Porém, a partir de conceitos e princípios ecológicos vitalistas, como equilíbrio, harmonia e convivência pacífica, a Medicina Tradicional Chinesa propõe atenção integral à pessoa (e não apenas a doença ou sintoma), terapias naturais e reorganização individual do viver (e não apenas a medicalização do corpo).

**e) Sistema terapêutico** - implica nos métodos de cuidado e de tratamento da saúde. A biomedicina convencional organiza-se da seguinte forma: medicação, suplementação e cirurgia (papel exclusivo da medicina) e terapias paramédicas disciplinares (psicoterapia, fisioterapia, fonoterapia, nutrição, entre outras). A medicina tradicional chinesa possui a seguinte estrutura terapêutica, com foco na integralidade e nas necessidades individuais: acupuntura, moxabustão, fitoterapia, dietoterapia, massagem e exercícios físicos (que envolve artes marciais e terapias corpo-mente).

**f) Cosmologia** - são os conceitos e teorias de cada racionalidade e que sustentam e integram todas as dimensões anteriores (Luz, 2005. p. 3). Para ilustrar, na medicina tradicional chinesa temos os conceitos de Qi, yin-yang, 5 elementos (ou movimentos ou fases), meridianos energéticos, entre outros.

#### 4. Aproximação entre fonoaudiologia e acupuntura: o problema da revogação da resolução nº 272 do cffa

A aproximação entre a fonoaudiologia e a acupuntura será dividida nesse ensaio em três momentos: empatia individual, regulamentação e resistência.

**a) Empatia individual:** diz respeito ao movimento isolado de alguns fonoaudiólogos brasileiros em estudar acupuntura a partir dos anos 80, iniciando uma interface técnica entre as duas áreas. Percebe-se que esse movimento está diretamente relacionado com motivações dos profissionais despertadas pela interdisciplinaridade na formação acadêmica ou na vida profissional, conforme minha experiência pesquisando o tema. Como exemplos, entrevistei uma fonoaudióloga cujo primeiro contato com acupuntura ocorreu em uma disciplina de terapia corporal durante a graduação, muitos anos atrás, época de uma fonoaudiologia preocupada com a corporeidade e não apenas com o sistema estomatognático. Outra fonoaudióloga entrevistada relatou que se tornou acupunturista por influência de dentistas acupunturistas que encaminhavam pacientes para ela. E uma terceira afirmou descontentamento em relação a ineficácia da prática fonoaudiológica no tratamento de algumas disfunções, levando-a a novos conhecimentos e, conseqüentemente, a acupuntura.

**b) Momento da regulamentação:** é quando o CFFa cria a Resolução nº 272, em 20 de abril de 2001, regulamentando a prática da acupuntura na fonoaudiologia. Esta Resolução fundamentou-se no reconhecimento da acupuntura pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por ser uma terapêutica voltada à promoção da saúde e utilizada no Brasil desde 1958, pelo posicionamento da justiça federal em reconhecê-la como atividade profissional em alguns estados, pela participação do CFFa no 38º Congresso Internacional de Terapias Complementares (em setembro de 2000 na cidade do Rio de Janeiro) e, por fim, pela regulamentação da acupuntura por outros conselhos de classe.

Portanto, essa Resolução foi influenciada, entre outras coisas, pelo reconhecimento científico da acupuntura no tratamento das disfunções fonoaudiológicas e pelo movimento a favor das práticas

integrativas para superação da crise médica e da saúde no Brasil. Pacheco (2016. p.3) relata, ainda, que essa Resolução foi fortemente influenciada pelos fonoaudiólogos que se dedicaram ao estudo e a prática Medicina Tradicional Chinesa, pelo reconhecimento social dessa racionalidade e pelas evidências empíricas de que a acupuntura poderia contribuir na evolução científica e profissional da fonoaudiologia.

Assim, a Resolução nº 272 de 2001, do CFF<sup>a</sup>, definiu:

No exercício de suas atividades profissionais o fonoaudiólogo poderá aplicar **complementarmente**, os princípios, métodos e técnicas da acupuntura desde que apresente ao CFFa, título, diploma ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por carga horária mínima de 1200 horas, sendo 1/3 (um terço) de atividades teóricas e com duração mínima de dois anos.” (ART 1º DA RESOLUÇÃO nº 272. Costa e Santos, 2001. p. 2).

Esta Resolução aproximou fonoaudiologia e acupuntura na esfera corporativa, beneficiando os fonoaudiólogos que utilizavam a acupuntura sem o devido reconhecimento, já que estes, algumas vezes, eram estigmatizados por colegas de trabalho como se estivessem adotando uma técnica ilegal.

Alguns fonoaudiólogos que se especializavam em acupuntura através de cursos técnicos ou de pós-graduação, enviavam a documentação comprobatória para homologação junto ao CFF<sup>a</sup> que autorizava o uso complementar da acupuntura (figura 1). Esses profissionais atuavam, sobretudo, nas áreas de voz e de motricidade oral. Eram principalmente fonoaudiólogos do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina, conforme levantamento preliminar realizado pelo GEFA-MTC (2016).



Figura 1 - Ofício do CFF<sup>a</sup> habilitando fonoaudiólogo para o exercício da acupuntura.



(2015); 3) criação do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa - GEFA-MTC (2016); 4) produção da monografia *Fonoaudiologia e Acupuntura: um estudo histórico para ressignificar essa relação após a revogação da Resolução do nº 272 do CFF<sup>a</sup>*; 5) criação do Parecer de nº 45 de 15 de Fevereiro de 2020 do CFF<sup>a</sup> sobre [Práticas Integrativas e Complementares de Saúde](#); 6) Criação do I Congresso Nacional de Fonoaudiologia e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (2021) e 7) abaixo assinado público, eletrônico, para criar uma comissão plural para debater as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde na Fonoaudiologia, provocando o CFF<sup>a</sup> a retomar esse debate de forma ampla e democrática com a classe (2022), que pode ser conferido em <https://peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR120791>

Todos esses acontecimentos resgataram e fortalecem a relação entre fonoaudiologia e acupuntura, ressignificando a revogação da Resolução nº 272 do CFF<sup>a</sup>, em especial, mostrando a acupuntura como prática legítima na área dos transtornos da comunicação e da audição.

Entende-se por interface o envolvimento de elementos físicos ou lógicos capazes de ligar dois sistemas diferentes, permitindo a interação entre eles. Desta forma, as relações de complementariedade e de transdisciplinaridade se constroem nas interfaces, influenciando a evolução, transformação e a revolução social. Nesse sentido, a interface fonoaudiologia e acupuntura é caracterizada em quatro dimensões: epistemológica, sócio-política, técnica-científica e ética (Lima, 2019).

A **Dimensão Epistemológica** significa o que há em comum na natureza dessas duas ciências, permitindo o encontro entre elas. Dito de outra forma, é desvendar na história da acupuntura e da fonoaudiologia elementos semelhantes que permitam a interação entre essas duas áreas nos dias atuais. E que elementos são esses? É possível afirmar que existem duas características comuns nas origens da fonoaudiologia e da acupuntura, são elas:

**a) integralidade** - o ser humano não é a mera soma das partes, mas o resultado do entrelaçamento delas. Originalmente a acupuntura vê as doenças como manifestações de desequilíbrio entre os diferentes sistemas e o ser humano e a natureza, assim como a fonoaudiologia as entende para além do nosológico, ou seja, do diagnóstico médico convencional, aprofundando-se na comunicação em seu sentido mais amplo. Tanto na acupuntura quanto na fonoaudiologia há necessidade de atenção a dimensão humana e não apenas ao sintoma isolado, seja ele físico ou emocional (Lima, 2018. p.46). Uma disfunção fonoaudiológica não está dissociada da corporeidade, como, por exemplo, uma alteração da respiração que é capaz de modificar o padrão de crescimento da face e alterações morfofuncionais em todo o organismo e prejudicar a saúde geral (Gisfrede et. al. 2016, p.147).

**b) funcionalidade** - compreensão dialética da relação forma - função. Forma e função se influenciam. Por exemplo, assim como a estrutura nasal comprometida por uma rinite (forma) pode causar uma respiração oral (função) o hábito de respirar pela boca (função) pode alterar a anatomia oro facial. A ideia de que intervir na forma melhora a função é ampliada para estimular a função para modificar a forma. Assim, por exemplo, a respiração quando realizada pelo nariz propicia crescimento e desenvolvimento favorável do complexo craniofacial e quando realizada pela boca pode interferir negativamente neste complexo (Carvalho, 2017).

As noções de integralidade e de funcionalidade, discutidas acima, ganham ênfase quando consideramos o sistema estomatognático. Esse sistema praticamente originou a fonoaudiologia, tornou-se se uma das suas principais especialidades profissionais (motricidade oro cervical) e é concebido como determinante para o desenvolvimento da comunicação e do próprio ser humano. E na acupuntura, todos os sistemas corporais e emocionais estão interligados com as estruturas faciais/orais e, conseqüentemente, com as suas funções, conforme a teoria dos 5 elementos/movimentos. Nesse sentido, não há fonoaudiólogo e nem acupunturista que não aprenda a importância de se avaliar a face e a língua para entender melhor o seu objeto de estudo e de trabalho (Lima, 2018).

A **Dimensão Política - Social** relaciona-se com a história da acupuntura na implantação de um modelo de cuidado integral, natural e personalizado - tanto na China quanto no Brasil, bem como com a história da fonoaudiologia brasileira que, de certa forma, surge como recurso não alopático para acolher um público desassistido e estigmatizado que nem a educação e nem a medicina davam conta: as pessoas com dificuldades na comunicação. Portanto, a acupuntura e a fonoaudiologia atuaram historicamente e permanecem atuando para romper paradigmas e hegemonias, entre elas o binômio saúde - doença em uma perspectiva organicista e a visão biomédica mecanicista.



Porém, o processo para regulamentação da medicina, vulgarmente intitulado “*Ato Médico*”, conjuntamente com o movimento em defesa da acupuntura como prática exclusiva da medicina, criaram uma rotina de judicialização da acupuntura na área da saúde.

Essa rotina objetiva primordialmente a revogação das resoluções dos Conselhos de Classe das profissões da saúde que regulamentam ou regulamentavam a acupuntura, exceto, obviamente, da medicina, para forçar o reconhecimento da acupuntura como especialidade privativa do médico. Apesar dessa questão ser complexa, Pacheco (2021) discute que duas questões sustentam essa postura de representantes da classe médica em garantir a exclusividade da acupuntura: a) a crescente demanda social por este tipo de tratamento, em especial pela população de classe média e alta e b) a necessidade de manutenção da supremacia médica ocidental que situa as demais áreas da saúde como atividades “paramédicas”, “subalternas” ou “complementares” na atenção à saúde.

Conseqüentemente, após algumas ações judiciais, o Superior Tribunal Federal solicitou, em 2014, a revogação da Resolução nº 272 do CFFa, através do Recurso Extraordinário nº 812.912, em 27 de maio 2014, alegando alargamento do campo de atuação do fonoaudiólogo com base na Lei que regulamenta a profissão. A Resolução nº 272, de 20 de abril de 2001, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, alargou o campo de atuação dos referidos profissionais ao possibilitar a utilização da acupuntura como método complementar de tratamento, pois referidos profissionais não estão habilitados a efetuarem diagnósticos clínicos. Somente podem participar de equipes de diagnósticos, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição (Art. 4, b, da Lei 6951/81) (Lewandowski, 2014. p.1).

Destaca-se, que o respectivo recurso extraordinário não afirma, em nenhum momento, que acupuntura é privativa do médico ou de qualquer outra profissão. Ao contrário, a decisão do Ministro R. Lewandowski esclarece que a acupuntura não está regulamentada e, portanto, não é privativa de nenhuma profissão. Tampouco proíbe o fonoaudiólogo formado em acupuntura de exercê-la.

Diante dessa decisão judicial o CFFa revogou a Resolução nº 272, através da publicação da Resolução nº 456, de 30 de outubro de 2014. Nessa época a presidente do Conselho, Sr<sup>a</sup> Bianca Queiroga, lamentou o fato ocorrido e alegou que essa decisão era um retrocesso para a saúde do cidadão, assumindo que a assessoria jurídica e parlamentar do Conselho trabalharia para reverter tal situação (Campos, 2015. p.1).

Contrariamente ao exposto pela então presidente, o principal movimento do CFFa foi desaconselhar o uso da acupuntura pelo fonoaudiólogo, sob a alegação, algumas vezes, ilegítima, de ser uma prática exclusiva do médico. Conseqüentemente, houveram profissionais que foram reprimidos por Conselhos Regionais de Fonoaudiologia para não usarem acupuntura.

Dessa forma, prevaleceu o silenciamento e a história fonoaudiologia – acupuntura foi migrando para invisibilidade e clandestinidade, já que alguns fonoaudiólogos ficaram com medo de assumir a acupuntura. O retorno da acupuntura de recurso complementar científico e eficaz, fortalecido pela Resolução 272 do CFFa, para o cenário “místico” e “ilegal”, foi um retrocesso fundamentado em dois grandes equívocos: primeiro a decisão judicial infundada do Superior Tribunal Federal, comentada anteriormente, e segundo a interpretação errônea ou tendenciosa de que tal decisão definiu a acupuntura como atividade privativa do médico.

**c) Momento de resistência:** a revogação da Resolução nº 272 do CFFa impactou negativamente na fonoaudiologia e na vida do fonoaudiólogo formado em acupuntura, causando de um lado desistência e de outro a resistência para reverter essa revogação e superar o discurso antagônico da classe fonoaudiológica e dos órgãos que a representam. Nesse sentido, o direito de ser fonoaudiólogo e acupunturista e a afirmação de que a acupuntura é multidisciplinar começa a repercutir em algumas frentes, como por exemplo: 1) na produção intelectual do fonoaudiólogo e acupunturista Roberto Pacheco, para mobilizar e unir profissionais brasileiros, em trabalhos como “*Manipulação da saúde – pacto da mediocridade para a Acupuntura se tornar propriedade da classe médica e impedir o desenvolvimento da saúde brasileira*”, “*O fonoaudiólogo pode ser acupunturista?*” e “*Fonoaudiologia e Acupuntura/Medicina Chinesa Transdisciplinaridade e Paradigma Integrativo*” (2020) - esse último com participação desta autora; 2) criação do projeto institucional que transformou o Instituto de Audição, Terapias Integrativas e da Linguagem (IATEL) na primeira associação não governamental, sem fins econômicos, de Fonoaudiologia e Medicina Tradicional Chinesa do Brasil

Para Moraes (2007, p.99) o sucesso das medecinas não convencionais como fenômeno social está geralmente associado a dois fatores: atenção ao indivíduo e a importância dos aspectos simbólicos para a cura, que são menosprezados pela medicina convencional hegemônica. Respeitando algumas diferenças, considero que esses fatores também estão relacionados com a evolução e a aceitação da fonoaudiologia como área da saúde no Brasil. Em linhas gerais a interface política social da acupuntura com a fonoaudiologia envolve os diversos movimentos sociais e políticos (estatais ou não) a favor de sistemas e práticas de saúde humanas e eficazes, capazes de superar a crise médica e de saúde brasileira. Entre alguns desses movimentos estão a regulamentação da acupuntura como atividade multidisciplinar pelas secretarias estaduais do Rio de Janeiro e de São Paulo e pelas secretarias municipais das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo; a inclusão oficial da acupuntura no sistema público de saúde em 1981 (no Rio de Janeiro) - período de regulamentação da profissão de fonoaudiologia; a acupuntura ofertada em caráter multidisciplinar pelos serviços/clínicas da dor dos hospitais universitários da Universidades Federal e Estadual do Rio de Janeiro (Nascimento, 1997, p.92); a inclusão da acupuntura junto com a homeopatia e a fitoterapia no serviço público municipal do Rio de Janeiro em 1985 (Luz, 2005, p.72) e a Resolução nº 569 de 2017 do Conselho Nacional de Saúde orientando, entre outros, o ensino das práticas integrativas e complementares nas graduações da saúde:

O CNS orienta que as diretrizes dos cursos de graduação da área da saúde considerem os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e seus determinantes, da Educação Popular em Saúde, e das Práticas Integrativas e Complementares como elementos constituintes da formação, objetivando que os egressos estejam preparados para reorientar os serviços de saúde; o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e da cidadania, com olhar emancipatório; e a humanização e a integralidade na atenção à saúde.

Sendo assim, a relação fonoaudiologia e acupuntura é anterior a Resolução nº 272 e permanece viva mesmo após a revogação desta, uma vez que é uma relação que extrapola o âmbito corporativista. O que marca a interface social e política entre ambas as áreas é o compromisso social por uma saúde equânime, universal e integral (biopsicossocial).

**A Dimensão Técnica - Científica** envolve o debate que se estende da eficácia empírica às evidências científicas do uso da acupuntura no campo fonoaudiológico assim como a relevância do conhecimento fonoaudiológico para o avanço da acupuntura enquanto racionalidade médica ancestral, ou seja, é uma relação de colaboração científica mútua. Contemporaneamente há dois fatos decisivos nesse sentido: 1) o reconhecimento da cientificidade da acupuntura pela Organização Mundial da Saúde e 2) a extinta Resolução nº 272 de 2001 do Conselho Federal de fonoaudiologia que, ao regular a acupuntura, estimulou estudos de fonoaudiólogos na área.

Em 1979 ocorreu o primeiro simpósio que reuniu profissionais do todo o mundo que atuavam com acupuntura, em Pequim, na China. Esse simpósio constatou mais de 40 doenças tratáveis de forma eficaz com acupuntura. A partir dessa informação iniciou uma pesquisa que por mais de 20 anos analisou ensaios clínicos randomizados e revisões para comprovar cientificamente a eficácia da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, resultando no livro *acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials* (Zhang, 1996). Após oito anos desse livro foi publicado as principais doenças em que a acupuntura é eficaz (Nothlich, 2004).

Muitas dessas doenças estão envolvidas, direta ou indiretamente, com a fonoaudiologia, como o acidente vascular cerebral, paralisia facial, tontura, neuralgia do trigêmeo, ataque súbito de surdez, zumbido, disfunção da ATM., entre outras. A relação completa das doenças está disponível em <http://acupuntura.pro.br/oms/doencas-trataveis/> (Lima, 2018. p. 50). Abaixo um quadro com o nível de eficácia de algumas delas relacionadas com a fonoaudiologia, para exemplificar:

Doenças	Eficácia
Sequela de AVC - desvio da boca e paralisia da fala.	Recuperação em 76% dos casos.
Sequela de AVC - dificuldade de articular palavras.	Eficácia em 90% dos casos.
Paralisia Facial.	Acupuntura: cura obtida em 77% dos casos. Acupuntura c/ transfixação de pontos: cura obtida em 91% dos casos. Acupuntura c/ sangria: cura obtida em 96% dos casos.
Neuralgia do trigêmeo.	Efeito analgésico em 100% dos casos.
Zumbido	Eficácia em 23% dos casos (superior à medicação convencional).
Hipersialorréia.	Diminuição da saliva em 97% dos casos.

**Quadro 1. Quadro de alguns problemas tratados com acupuntura e sua eficácia, conforme Nothlich (2004).**

No período em que a Resolução nº 272 do CFF<sup>a</sup> vigorou, foram produzidos vários estudos sobre a importância da acupuntura em questões fonoaudiológicas, conforme quadro abaixo com alguns exemplos:

Autor	Ano	Artigo
Azevedo, Chiari, Okada, Onisbi.	2007	Efeito da Acupuntura sobre as emissões otoacústicas de pacientes com zumbido.
Rosa, Moreira, Araújo, Júnior, Motta.	2010	Comparação dos resultados da fonoterapia e fonoterapia associada a acupuntura na paralisia facial periférica.
Tironi.	2007	Voz e Medicina Tradicional Chinesa: descrição de técnicas para a utilização em intervenção fonoaudiológica.
Tironi.	2011	Nódulo vocal e acupuntura.
Silva e Meija.	s/a	A eficácia da acupuntura clássica chinesa no tratamento da afasia.

**Quadro 2 - trabalhos produzidos por fonoaudiólogos ou com a participação destes**

A **dimensão ética** está diretamente associada com a fundamentação ética para o entrelaçamento das outras três dimensões comentadas anteriormente, uma vez que é inerente ao ser ético, entre outros, o compromisso com a humanidade, a coletividade e a sustentabilidade planetária. Se há interfaces epistemológicas, sociais e técnicas – científicas da fonoaudiologia com a acupuntura, demonstrando, em especial, a sua eficácia nos transtornos da comunicação, como não reconhecer a legitimidade ética desta interdisciplina? Os capítulos II e III do código de ética da fonoaudiologia (2016) citam como princípios éticos e bioéticos e como direitos gerais da profissão: a) exercício da atividade maximizando os benefícios e minimizando danos aos clientes, à coletividade e ao ecossistema - princípio também da acupuntura que está sustentado no equilíbrio entre ser humano - sociedade e natureza; b) aprimoramento dos conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais - princípio que garante ao fonoaudiólogo a transculturalidade e a transdisciplinaridade e, nesse sentido, o encontro com racionalidade médicas complexas como a acupuntura; c) exercer a atividade profissional com ampla autonomia e liberdade de convicção - direito que garante ao fonoaudiólogo estudar, pesquisar e praticar outros conhecimentos e saberes de saúde interdisciplinares, legalmente aceitos pelo Estado e pelos sistemas de saúde, como é o caso da acupuntura. Para além da Deontologia, a ética contemporânea requer das ciências e das profissões contribuições para o profundo debate sobre o que fazer frente a destruição do planeta, a crescente desigualdade social e a desumanização, considerando que ética é algo emergente de dentro para fora, partindo da conexão com a vida e que se manifesta no eu, no outro e na percepção da própria natureza (Flores, 2013. p. 203).

Nesse contexto, a meu ver, a formação disciplinar, a visão científica fechada, a biomedicina da doença e da medicalização e o corporativismo de classes voltado ao mero protecionismo não correspondem mais as reais demandas sociais do Século XXI.

## 5. Crítica ao processo de revogação da resolução nº 272

Quando Ministro Ricardo Lewandowski, através do Recurso Extraordinário nº 812.912, de 27 de maio de 2014, afirmou que a Resolução nº 272 do CFF<sup>a</sup> era ilegal por elastecer a matéria (atuação do fonoaudiólogo) já regulada em Lei, estava se referindo especificamente a Lei nº 6.951/81 - que regulamenta a fonoaudiologia. E não a Lei em seu sentido *lato sensu*. Tal juízo fundamentou-se no fato da Lei 6.951/81 não estabelecer ao fonoaudiólogo a competência para realizar diagnóstico e tratamento de doenças, competências estas necessárias para a prática da acupuntura na visão do magistrado, negando a racionalidade ancestral da acupuntura, conforme explicado na seção 2 deste ensaio. A acupuntura não se baseia nos conceitos e definições da medicina moderna alopática, ao contrário está orientada por uma racionalidade científica integral e milenar.

Desta forma, se por um lado a acupuntura não foi aceita judicialmente como terapia do fonoaudiólogo por outro não foi julgado e nem sancionado que: a) a acupuntura é ineficaz no âmbito das disfunções fonoaudiológicas, b) prática privativa de alguma categoria profissional e c) o fonoaudiólogo não pode exercê-la de forma independente (só como acupunturista).

De maneira prática, significa dizer que o fonoaudiólogo não pode ser especialista em acupuntura mas pode exercer paralelamente as atividades de fonoaudiólogo e de acupunturista. Além disso, resalto que a matéria julgada supracitada centrou na acupuntura e não na Medicina Tradicional Chinesa, cuja acupuntura é apenas uma das suas terapias.

Se a acupuntura não é profissão regulamentada por Lei Federal e está orientada por racionalidade científica própria, multidisciplinar, o seu exercício está, até o presente momento, respaldado pela Constituição Federal de 1988, pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde do Brasil - PNPICS (2006) e pela legislação educacional brasileira que garante a formação livre para atividades profissionais não regulamentadas – presente como ocupação na Classificação Brasileira de Ocupação – CBO.

Sendo assim, Pacheco (2019) explica que após a Resolução nº 272 do CFF<sup>a</sup> o fonoaudiólogo acupunturista passou a não existir, porém continuaram existindo acupunturistas fonoaudiólogos. O fonoaudiólogo que tem formação em acupuntura pode e deve atuar nos distúrbios da comunicação humana sob as bases epistemológicas desta racionalidade se assim entender.

## 6. Considerações Finais

Os estudos realizados por mim nos últimos anos e parcialmente presentes na monografia *acupuntura e fonoaudiologia: estudo histórico para ressignificar essa relação após a revogação da resolução nº 272 do Conselho Federal de Fonoaudiologia* (2018), legitimam a relação acupuntura e fonoaudiologia e ajudam a retirar da invisibilidade a história da criação e da revogação da Resolução nº 272 de 2001 do CFF<sup>a</sup>. Bem como apontam para um futuro em que essa relação tende a ser aperfeiçoada e refinada em prol da saúde brasileira, historicamente marcada pela desumanização e ineficácia. Para Martins (2003, p.35) essa desumanização é marcada pela especialização disciplinar e o inevitável distanciamento entre profissional e paciente através de um modelo biocartesiano em que não existe espaço para métodos que interagem com a subjetividade. Portanto, a humanização e a eficácia na promoção e no atendimento da saúde, em qualquer área, depende do olhar, da escuta e do cuidado integral crítico e singular. E a acupuntura quando aplicada a fonoaudiologia potencializa essa possibilidade. Por isso a formação acadêmica na área da fonoaudiologia precisa transcender a insuficiente disciplinaridade e a ignorância. Por que tanta resistência em discutir acupuntura e racionalidades complexas de saúde nos cursos de fonoaudiologia? Desconsiderando a Resolução nº 569 de 2017, do Conselho Nacional de Saúde, orientando que os cursos de fonoaudiologia incluíssem em seus currículos as práticas integrativas e complementares de saúde. E ainda, por que não são criadas Resoluções substitutivas a 272 de 2001? Por que não se debate a necessidade de reforma da legislação que regulamenta a profissão do fonoaudiólogo?

Houve nítida confusão na interpretação sobre a decisão do Ministro Ricardo Lewandowski que revogou a Resolução nº 272 de 2001 do CFF<sup>a</sup>, entendida por grande parte dos fonoaudiólogos como uma decisão judicial a favor da acupuntura como atividade privativa do médico. Essa confusão decorreu

três desconhecimentos discutidos nesse ensaio: 1) a acupuntura não é profissão regulamentada por Lei e por isso não pode ser prática exclusiva de nenhuma profissão já regulamentada, 2) a Lei que regulamenta a atividade do médico (popular “Ato Médico”) foi aprovado com vetos da presidente Dilma Rousseff, garantindo assim a multidisciplinaridade da acupuntura e 3) a acupuntura é ocupação devidamente reconhecida pelo Estado brasileiro para todos aqueles que realizaram curso de formação ou de pós-graduação na área.

Portanto, a expectativa é de que a relação fonoaudiologia e acupuntura seja aperfeiçoada, já que há uma interface epistemológica, ética, política - social e técnica- científica entre essas duas áreas. Até o presente momento a revogação da Resolução nº 272 discutida nesse ensaio não impediu o fonoaudiólogo de ser acupunturista e tampouco desta ser utilizada no campo dos distúrbios da comunicação humana. Com base nisso, propõe-se retomar essa discussão a partir de dois caminhos:

- a) Atualizar a Lei nº 6965 que regulamenta a fonoaudiologia - incluindo o diagnóstico e o tratamento funcional e energético em uma perspectiva integrativa, no sentido de permitir a incorporação de novas tecnologias e novos conhecimentos na área da fonoaudiologia.
- b) Elaborar uma nova Resolução no âmbito da Fonoaudiologia que contemple as práticas integrativas de saúde e, conseqüentemente, a medicina tradicional chinesa, conforme prevê a atual PNPICs.

Quase oito anos e não houve nenhuma ação concreta, planejada em consenso com a classe, para superar os impactos da revogação da Resolução 272 e promover um amplo debate deontológico e científico sobre a relação acupuntura e fonoaudiologia. A exceção foi a emissão do Parecer nº 45, de 15 de fevereiro 2020, que corrigiu o descaso com os fonoaudiólogos estudiosos e especialistas em PICS e o sentido à qual caminhava a fonoaudiologia, ou seja, na contramão do que acontece no Brasil e no mundo. (Pacheco e Lima, 2020). Entretanto, esse respectivo Parecer requer avaliação no que tange a formação, aplicação e fiscalização daqueles que atuam com as PICS.

*O rio atinge seus objetivos porque aprendeu a contornar os seus obstáculos (Lao Tsé).*



## 7. Referências Bibliográficas

- AGUIAR, A. A. de. *A Psiquiatria do Divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2004.
- ARAUJO, J. E. de. Sobre o direito de praticar a Acupuntura no Brasil, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, V. 16, N. 4, p. V – VI, jul – agosto, 2012.
- BASTOS, S. FEBRASA esclarece que a prática da Acupuntura no Brasil é legal. Documento on line, Outubro, 31 de 2016. Disponível em: <https://www.febrasabrasil.com.br/single-post/2016/10/31/Febrasa-esclarece-que-a-pr%C3%A1tica-da-Acupuntura-no-Brasil-%C3%A9-legal> Acessado em: 11/04/2017.
- BELCHIOR, M. SANTOS, J. L. G. Resolução CFM No 467, de 3 agosto de. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília - DF, 28 agosto. Seção I, parte II. 1972.
- BRASIL, [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais da revisão n 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais n 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo n 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
- BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 569 de 8 dez. de 2017.
- BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Código de Ética da Fonoaudiologia. Sistemas de Conselhos de Fonoaudiologia, outubro, 2016.
- CAMPOS, S. Entrevista concedida pela presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia Bianca Queiroga. 2015. Fonte: Ascom/CFF<sup>a</sup>. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2015/09/acupuntura-cffa-orienta-profissionais-a-suspendinger-a-pratica/> Acessado em: 04/05/2018.
- CARVALHO, R. C. Síndrome do respirador bucal: revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Odontologia, 2017.
- COSTA. T. e SANTOS. F. A. O. Resolução CFF<sup>a</sup> nº 272 de 20 de abril. Dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo Fonoaudiólogo e da outras providências. Brasília. 20 de abr de 2001
- FLORES, E. V. F. Ética Instintiva. *Revista Pensamento Biocêntrico*. Pelotas – RS. Nº 19, Jan-Jun. 2013.
- GISFREDE, F. T et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em odontopediatria. *Rev. Brasileira de Odontologia*, V. 73, nº 2, Rio de Janeiro – RJ, 2016.
- JACQUES, L. M. Medicina Tradicional Chinesa - Ideias e Conceitos. Área Interdisciplinar de História da Ciência e da Técnica e Epistemologia. In: 8ª Seminário Nacional da Ciência e da Tecnologia, 2001, Rio de Janeiro: Caderno de Resumos, COPPE/UFRJ, 2001.
- HERZOG, R. A Percepção de Si como Sujeito da Doença. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, nº 2, Rio de Janeiro - RJ, 1991.
- KUREBAYASHI, L. F. S: Acupunturana saúde pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros. Dissertação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – SP. USP, 2007.
- KWANG, T. W. Histórico da Acupuntura no Brasil. 2017. Disponível em <https://www.odontosaudespa.com.br/historico-da-acupuntura-no-brasil-por-dr-wu-tou-kwang/> Pesquisado em 23 de março de 2018.
- KWANG, T. W. Entrevista 04 – colaborador Dr. Wu Tou Kwang. (s/a). Disponível em: <https://docplayer.com.br/27176497-Entrevista-04-colaborador-dr-wu-tou-kwang.html> Acessado em 18 de março de 2018.
- KORNIN, A. O Processo de Regulamentação da Acupuntura no Brasil: um mapeamento dos discursos de atores e entidades protagonistas. Dissertação de Mestrado - UFSC. Florianópolis - SC, 2016.
- LEWANDOWSKI, R. Recurso Extraordinário 812.912 Distrito Federal. Supremo Tribunal Federal – STF. Brasília - DF. 2014.
- LIMA, C. A. M. Fonoaudiologia e Acupuntura: estudo histórico para ressignificar essa relação após a revogação da Resolução de nº 272 pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Monografia. Centro de Estudos e Pesquisas do Homem – CIEPH. 2018.
- LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: Canesqui, A.M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec, 2000.



- \_\_\_\_\_. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS. Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro - RJ 2015. (suplemento) 145 – 176, 2005.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes. 2003.
- MORAES, M. R. C. *A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da Acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. São Paulo - SP, 2007.
- NOGUEIRA I. A; MAKI, R. *Manual de Biossegurança em Acupuntura*, Secretaria de Estado do Rio de Janeiro - RJ, agosto. 2003.
- NOTHLICH, B. *Doenças, sintomas e condições tratáveis com acupuntura*. 2004. Disponível em: <http://acupuntura.pro.br/oms/doencas-trataveis/> Acessado: em 17 de outubro. 2017.
- OLIVEIRA, N, J, R. *Regulamentação da Acupuntura “Caímos numa armadilha do destino?”* Texto histórico explicativo do contexto atual da Regulamentação e Prática da Acupuntura 07 de maio 2013. Disponível em: [www.febrasa.org](http://www.febrasa.org). Acessado em: 5 de outubro. 2016.
- PACHECO, R. *Manipulação da saúde: pacto de mediocridade para a Acupuntura se tornar propriedade da classe médica e impedir o desenvolvimento da saúde brasileira*, 2012.
- \_\_\_\_\_. *O fonoaudiólogo pode ser Acupunturista?* 2016.
- PACHECO, R. e LIMA, C.A.M. *Fonoaudiologia e Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Transdisciplinaridade e Paradigma Integrativo*. Editora: Dialética, 1ª Edição. 2020
- PACHECO, R. *Acupuntura para além das agulhas – práxis, ciência e hegemonia no contexto da saúde brasileira*. E-book - ISBN 978-65-5854-228-5. Produção independente, 2021.
- QUEIROGA, M. A. B. *Resolução CFFª n° 456 de 30 de outubro de 2014. Dispõe sobre a revogação CFFª n° 272 de 20 de abril de 2001*. Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFª. Brasília – DF.
- ROCHA, S. P; GALLIAN, D. M. C. *A Acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história - entrevista com Dr. Evaldo Martins Leite*. *Interface (Botucatu)* [on line]. 2016. Vol 20, n.56, PP. 239 – 247. ISSN 1807-5762.
- ROCHA, S. P. et. al. *A trajetória da introdução e regulamentação da Acupuntura no Brasil: memórias e desafios e lutas*. *Revista: Ciência e Saúde Coletiva* 20(1): 155 – 164. 2015.
- SOUZA, E. F. A. A. *Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico e cultural*. UERJ – Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro - RJ, 2008.

## ENSAIO SOBRE O PARADIGMA INTEGRATIVO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO DAS DIFICULDADES ALIMENTARES: POR UMA FONOAUDIOLOGIA INTEGRATIVA<sup>1</sup>.

### ESSAY ON THE INTEGRATIVE PARADIGMA OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE IN SPEECH THERAPY FOR EATING DIFFICULTIES: TOWARDS AN INTEGRATIVE SPEECH THERAPY.

*Nappi. J W. R.*<sup>2</sup>

#### 1. A clínica fonoaudiológica nas dificuldades alimentares

A Fonoaudiologia se desenvolveu cientificamente e expandiu sua área de atuação de forma exponencial nos últimos anos. Atualmente interage com todas as áreas da saúde e atua da atenção primária à saúde paliativa, com diferentes públicos, do recém-nascido ao idoso. De profissão desconhecida na década de 80, limitada ao trabalho autônomo e generalista em consultórios, ganhou visibilidade ocupando novos espaços sociais e integrando equipes multidisciplinares em diferentes instituições, como hospitais e maternidades. Assim, a profissão foi se estruturando em especialidades a partir do paradigma biomédico disciplinar. Em 41 anos de regulamentação criou 14 especialidades, conforme dados do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa).

Esse desenvolvimento, expansão e especialização ampliaram o mundo do trabalho para o fonoaudiólogo e motivaram a pesquisa em fonoaudiologia, porém, conseqüentemente, trouxeram novos desafios teórico-práticos e éticos, em especial, no cuidado das situações crônicas e persistentes de doença (individual e coletiva), em que o conceito mecânico de saúde/doença é cotidianamente questionado.

Diante desse desafio, o fonoaudiólogo precisa (re)avaliar a sua própria história pessoal e de terapia, suas experiências e escolhas. Tarefa decisiva para a construção de uma práxis clínica crítica e eficaz, em que algumas perguntas são inevitáveis, como: qual o meu paradigma de saúde? O que sei e faço é o suficiente? É o melhor que pode ser feito?

Com base nessas perguntas iniciais esse ensaio se propõe, ainda que de forma incipiente, discutir interconexões entre o paradigma integrativo da MTC (como biomedicina para a vida) e a clínica fonoaudiológica frente às dificuldades alimentares infantis. Se eticamente compete ao fonoaudiólogo “exercer a atividade de forma plena, utilizando-se dos conhecimentos e recursos necessários para promover o bem estar do paciente e da coletividade” (Artigo 6, Cap. IV do Código de Ética do Fonoaudiólogo), se faz necessário, algumas vezes, ampliar saberes, romper fronteiras e preconceitos.

Nesse sentido, percebe-se um interesse crescente de diferentes áreas da saúde pelo paradigma integrativo médico tradicional chinês, sobretudo, para superação do paradigma biomédico mecanicista centrado na doença. A adesão massiva de profissionais ao paradigma integrativo tem a ver, além de outros motivos, com as supostas soluções de saúde meramente paliativas e que não agem nas causas propriamente ditas, concentrando-se nas “partes” de um sistema ou de um processo que, na sua essência, são bem mais complexos (Barros, 2002).

No entanto, estudos sobre a relação entre MTC e Fonoaudiologia ainda são restritos, destacando-se a frente de trabalho do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, o livro de Pacheco e Lima (2020) e alguns artigos sobre a eficácia da acupuntura em temas fonoaudiológicos, como (Azevedo, Chiari, Okada, Onisbi (2007); Rosa, Moreira, Araújo, Junior, Motta

1. Agradeço ao apoio e assessoria do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (GEFA-MTC) nas dúvidas durante a produção desse ensaio, em especial ao Fonoaudiólogo e Acupunturista Roberto Pacheco.

2. Fonoaudióloga e Pedagoga. Formação em Medicina Tradicional Chinesa para Fonoaudiólogos. Mestre em Educação Científica e Tecnológica. Chefe do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis - SC.

(2010); Silva e Mejia, 2016).

Pacheco e Lima (2020) salientam que existem várias pesquisas sobre MTC relacionadas direta ou indiretamente com a clínica fonoaudiológica.

[...] Existe uma infinidade de pesquisas sobre a eficácia da acupuntura em diferentes contextos, como pode ser apreciado na Biblioteca Virtual de Saúde e Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas das Américas - BVS -MTCI.

A Organização Mundial da Saúde- OMS declarou a sua eficácia em mais de cem (100) doenças comuns, várias relacionadas diretamente com a Fonoaudiologia, como disfunção temporo-mandibular, paralisia facial, perda súbita da audição, neuralgia do trigêmeo, zumbido, rinite (geralmente causa ou efeito da respiração oral), entre outras [...] (Nothlich, 2004 *apud* Pacheco e Lima 2020, p.24 ,25).

Esses mesmos autores comentam sobre a necessidade de o fonoaudiólogo entender que o corpo não é a soma das partes, mas o entrelaçamento delas, e que os processos de saúde e de doença se originam sempre do equilíbrio ou do desequilíbrio deste entrelaçamento, respectivamente.

Apesar da relação Fonoaudiologia e MTC no âmbito clínico demandar estudos e pesquisas bem controladas, é legítima a crítica à biomedicina mecanicista da doença presente no debate sobre essa relação. Crítica que denuncia a formação de uma fonoaudiologia centrada apenas no sintoma e incapaz de encontrar soluções para situações complexas. A medicalização ou eliminação do sintoma como algo isolado e deslocado do viver humano, fundamentado exclusivamente na perspectiva bioquímica, não tem se mostrado eficaz em situações crônicas e coletivas de saúde.

Paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. As críticas à prática médica habitual e o incremento na busca de estratégias terapêuticas estimulada pelos anseios de encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença (no seu conjunto designadas como medicinas alternativas ou complementares) constituem uma evidência dos reais limites da tecnologia médica (Barros, 2002, p. 79)

Entre as situações complexas que demandam superar o paradigma biomédico mecanicista, inclui o trabalho fonoaudiológico com bebês e crianças com alterações persistentes na alimentação. O fonoaudiólogo ajuda na superação dessas alterações reduzindo a sua atuação, quase sempre, em “fazer a criança comer”. Assim, valorizando no seu trabalho a adequação da textura e a consistência do alimento age primordialmente na supressão das possíveis alterações da deglutição (disfagia) e na estimulação da motricidade orofacial (Morris e Klein, 2000).

Para Junqueira et. al. (2015), essas ações caracterizam um tipo de terapia na qual a grande meta é melhorar as habilidades motoras orais da criança para que ela possa comer. Nessa visão, segundo estes autores, a lente do fonoaudiólogo se fecha em direção à criança, trazendo resultados iniciais restritos.

Morris e Klein (2000) sugerem, então, ampliar o campo de visão sobre a problemática da criança que não come, permitindo-se a enxergar aspectos geralmente desconsiderados na Fonoaudiologia, como o fato de que o problema envolve também a família.

Nessa perspectiva, Morris (2000), Junqueira (2017a,b) e Morris e Junqueira (2019), analisam o ato de comer (ou não comer) para além da boca, do estômago e das funções estomatognáticas de mastigar e deglutir, principais referências do Fonoaudiólogo. Superando a visão passiva de competências físicas eles nos trazem a reflexão de que comer é um aprendizado gradativo, semelhante ao aprender a andar e a falar, que envolve aspectos individuais, sociais, culturais, familiares, afetivos, nutricionais, entre outros. Portanto, deve-se considerar as múltiplas experiências da criança e daquele que a alimenta. Desta forma, o ato de comer envolve o contexto ambiental e relacional da criança, que oportunizarão novos aprendizados aos envolvidos na alimentação.

Desta forma, o ato de comer envolve o contexto ambiental e relacional da criança, que oportuniza novos aprendizados aos envolvidos na alimentação. As competências orais e alimentares vão emergir das relações interpessoais, do desenvolvimento da prontidão para se alimentar por parte do infante, da sua capacidade de auto regulação (fome/saciedade), da comunicação (verbal e não verbal) e dos aprendizados graduais que se estabelecem em torno da hora de comer, conforme Padovani (2019; 2020). As diversas experiências sensoriais e afetivas agregarão valor à motivação e à aprendizagem alimentar da criança, tornando-se pré-requisitos para ela experimentar novos alimentos no curso da sua vida.

Assim, as habilidades para se alimentar e as necessidades alimentares vão se modificando paralelamente às mudanças no desenvolvimento sensorio-motor, cognitivo, social e emocional da criança. Os estímulos alimentares serão armazenados na memória e associados às emoções, construindo tanto memórias afetivas positivas quanto negativas, essa última relacionada ao medo e à aversão, segundo Padovani (2019). Portanto, “comer bem” requer mais do que mastigar e deglutir adequadamente, aceitar pequenas quantidades de alimentos variados ou comer todo o alimento ofertado. Comer bem envolve desejo, prazer, oportunidade e experiências relacionadas ao processo de alimentação. De alguma forma, a “normalidade” no ato de comer, na primeira infância, envolve todos os órgãos dos sentidos e as sensações positivas ou negativas decorrentes do processo de alimentação.

Para Kerzner e colaboradores (2015), as dificuldades alimentares infantis é uma expressão genérica e abrangente que sugere algum problema na alimentação, quase sempre trazido pelos responsáveis da criança. Compete ao profissional acolher essa queixa, avaliá-la e intervir quando necessário. Diferentes levantamentos científicos indicam que este problema acomete de 8% a 50% das crianças, dependendo dos critérios de diagnóstico e independentemente de idade, sexo, etnia e condição econômica. Junqueira (2017a) e Padovani (2019) compactuam com a proposição acima de Kerzner e colaboradores.

Estudos em diferentes países do mundo apontam que a queixa de “não comer” está entre as principais relatadas por pais, cuidadores e profissionais da saúde, conforme Junqueira (2014). Kerzner e cols (2015) referem que 30% das crianças saudáveis podem ter algum tipo de desafio na hora de comer de acordo com óptica dos pais, ressaltando que desse grupo 1% a 5% preenchem critérios para uma dificuldade real de saúde, necessitando atenção e cuidado terapêutico.

Portanto, é necessário discernir entre as crianças que os pais ou cuidadores tem uma preocupação excessiva frente a alimentação daquelas que de fato a criança possui uma dificuldade alimentar específica. Se por um lado os problemas de alimentação na infância são comuns e podem corresponder a idade ou a fase de desenvolvimento da criança por outro também podem representar riscos reais para o desenvolvimento e a saúde, sendo necessário avaliar as condições orgânicas e possíveis situações extremas vividas nesse período (Muller, Salazar, Donelli, 2017), como, por exemplo, a prematuridade extrema com internações hospitalares prolongadas e com uso de vias de alimentação alternativas.

Pode-se dizer que as dificuldades alimentares reais representam uma seletividade alimentar extrema, com aceitação restrita ou de pouca variedade de alimentos por parte da criança, geralmente menos de 20 de alimentos (Junqueira, 2017a).

São situações em que a criança apresenta uma menor aceitação alimentar com possibilidade de levar a consequências físicas, emocionais, familiares e no crescimento e desenvolvimento, dependendo da duração, intensidade, diagnóstico do problema e da atuação dos profissionais de saúde e da família. Pode ser uma situação passageira e também pode ser persistente. [...] podem levar a preferências e aversões, pânico e fobias em relação a alimentos ou formas de preparação e isto pode chegar a idade adulta. Muitos dos problemas vêm da atitude familiar, com excesso de controle, dificuldade em estabelecer limites ou serem muito permissivos ou negligentes. A falta de modelos adequados [...] culpa, falta de preparo, educação, medos, famílias nucleares sem experiência ou com padrões corporais de risco, podem ser elementos de risco (Fisberg, Tossati e Abreu, 2014).

Em crianças com alterações no desenvolvimento o número de casos com dificuldades alimentares é maior, chegando a 80% dos casos, sendo que entre as principais razões que levam uma criança a não comer são alterações gastrointestinais, cardíacas, respiratórias, sensoriais e nas estruturas orais, além de alergias alimentares, inflexibilidade cognitiva e questões emocionais.

No que tange a terapia é primordial o cuidado atento sobre as possibilidades de (re)aproximação dos alimentos, considerando a fase de desenvolvimento da criança e os pais como pessoas precisando de ajuda humanizada e qualificada. Com informações adequadas e flexibilidade o processo terapêutico poderá ser aplicado e potencializado com naturalidade, coerência e efetividade no dia a dia da família. A possibilidade de sucesso aumenta quando as famílias enfrentam o problema de maneira esclarecida, direcionada, assertiva e lúdica, com foco no padrão atual da criança, aceitando o tempo presente como ponto de partida (Amin, Espíndola e Batista, 2021).

As dificuldades alimentares representam uma das preocupações mais significativas na infância, sendo uma das causas frequentes de conflitos nos relacionamentos, envolvendo pai, mãe, filhos e cuidadores. Crianças com problemas de alimentação apresentam interações menos positivas com os pais e, assim, terão menos interações positivas na alimentação e nas brincadeiras. A negatividade envolvida na relação com a alimentação afeta as interações da criança (Fisberg e Maximino, 2021).

Assim, a relação e o cuidado de uma criança com dificuldades na alimentação gera, muitas vezes, stress, frustração e tristeza. Desta forma, as refeições devem voltar-se para a interação da família, para diálogos positivos frente a alimentação, para o prazer, a satisfação e a alegria à mesa, estimulando a formação de memórias afetivas positivas. Portanto, é preciso trabalhar com as refeições sem fazer delas “momentos artificializados de terapia<sup>3</sup>”: aquelas terapias descontextualizadas do processo real de alimentação, mecânicas, sem vida, causando, muitas vezes, confronto e tristeza. A terapia deve sair da ideia de alimentação do “modo sobrevivência” para o “modo aprendizagem”, à luz de Morris e Junqueira (2019).

Desta forma, McGlouthlin (2020) discute três elementos que devem ser considerados no trabalho com dificuldades alimentares, são eles:

**1) Comportamento é comunicação** - uma criança com comportamento problemático está comunicando que existe algo errado. Nesse sentido, o terapeuta deve identificar que problema é esse e ajudar na sua solução. A extinção do problema ou o seu controle, como chorar, engasgar, recusar e vomitar durante a alimentação, requer encontrara as raízes do problema. O que fazemos diante daquilo que o corpo está falando/comunicando?

Pode-se dizer que as dificuldades alimentares reais representam uma seletividade alimentar extrema, com aceitação restrita ou de pouca variedade de alimentos por parte da criança, geralmente menos de 20 de alimentos (Junqueira, 2017a).

São situações em que a criança apresenta uma menor aceitação alimentar com possibilidade de levar a consequências físicas, emocionais, familiares e no crescimento e desenvolvimento, dependendo da duração, intensidade, diagnóstico do problema e da atuação dos profissionais de saúde e da família. Pode ser uma situação passageira e também pode ser persistente. [...] podem levar a preferências e aversões, pânico e fobias em relação a alimentos ou formas de preparação e isto pode chegar a idade adulta. Muitos dos problemas vêm da atitude familiar, com excesso de controle, dificuldade em estabelecer limites ou serem muito permissivos ou negligentes. A falta de modelos adequados [...] culpa, falta de preparo, educação, medos, famílias nucleares sem experiência ou com padrões corporais de risco, podem ser elementos de risco (Fisberg, Tossati e Abreu, 2014).

Em crianças com alterações no desenvolvimento o número de casos com dificuldades alimentares é maior, chegando a 80% dos casos, sendo que entre as principais razões que levam uma criança a não comer são alterações gastrointestinais, cardíacas, respiratórias, sensoriais e nas estruturas orais, além de alergias alimentares, inflexibilidade cognitiva e questões emocionais.

**2) Protocolos comportamentais** – estes tentam simplificar o que é um processo complexo. Portanto, a avaliação e a terapia não se reduzem às ações mecânicas e repetitivas como: posicionar a criança - ofertar o melhor alimento – estimular a mastigação e a deglutição e reforçar o resultado com estímulo positivo ou negativo. Há de se considerar a história individual de cada criança, algumas vezes, marcada por experiências negativas e traumáticas como hospitalização, dor e desumanização no cuidado.

**3) Experiências de stress** – há uma enorme diferença na maneira como o cérebro da criança se desenvolve e reage, assim, não podemos ignorar que o stress vivenciado por uma criança ativa o seu sistema nervoso simpático e poderá causar mudanças no DNA e no próprio cérebro. Conforme Morris e

3. termo citado na obra de Fisberg e Maximino, 2021.



Junqueira (2019, p. 99) o stress pode, ainda, aumentar a tensão no corpo, impactar negativamente na percepção sensorial, reduzir o esvaziamento gástrico, aumentar o refluxo e limitar a digestão.

Ao meu ver, não é ético e nem terapêutico desconsiderar o fato de que crianças coagidas a comer alimentos pelos quais não sentem segurança ou conforto ficam estressadas e que isso influenciará, de alguma forma, nas suas relações futuras com a alimentação.

Quando os adultos oferecem o alimento e as crianças abrem a boca, se inclinam em direção ao alimento, pegam a comida ou se alimentam ativamente, ocorre a chamada inclinação positiva. Adultos e crianças movem-se na direção um do outro, fisicamente ou emocionalmente. Entretanto, quando as crianças se afastam, choram, empurram a comida ou vomitam, ocorre a inclinação negativa, diante da qual se deve orientar quanto a mudanças na oferta e garantir que todos os envolvidos consigam ler os sinais da criança e estejam preparados para percebê-los. Os adultos oferecem, mas a criança determina o ritmo. Nunca se pode forçar uma criança a comer (Fisberg e Maximino, 2021, p.251).

Deve-se considerar, ainda, que a dor crônica também pode gerar stress e reduzir o apetite, interferindo, consequentemente, no prazer em comer. Para Cintra e Pereira (2012) a dor é um sinal comunicativo, é um meio de interação indicando o que se deve ou não fazer. Em resumo, dor é uma expressão física, social ou emocional cujo corpo é o seu veículo - seja este compreendido em uma dimensão física ou metafísica.

Como proposta terapêutica mais ampla a Terapia de Dificuldade Alimentar Responsiva (TAR) emerge como uma abordagem flexível que prioriza a relação alimentar e respeita e desenvolve a autonomia da criança para a alimentação, com intervenções alimentares aplicáveis às rotinas da família e da criança ao longo da vida. Permite e favorece a (re) descoberta interna, a curiosidade e a motivação, ao mesmo tempo que desenvolve habilidades alimentares e a confiança. Os valores que fundamentam a TA, conforme Fisberg e Maximiano (2021, p.254), são autonomia, relacionamento, motivação, cuidado individualizado e a competência:

A autonomia refere-se a agir de maneira volitiva, congruente e autossustentada. Há um respeito ao espaço pessoal e à integridade corporal, permitindo que uma pessoa – no caso, a criança – esteja no controle de suas próprias ações.

O relacionamento refere-se ao sentimento de pertencimento, à conexão com outras pessoas e aos vínculos calorosos e sintonizados; envolve um senso de valor próprio, cuidado mútuo e significado nas relações humanas. A motivação interna descreve um desejo de agir que é autodirigido, em vez de provocado por forças externas.

O cuidado individualizado diz respeito a intervenções personalizadas com foco na pessoa como um todo, no contexto de sua família, comunidade e cultura.

A competência está ligada à percepção do indivíduo sobre suas habilidades para gerenciar uma determinada situação. Essa sensação de eficácia pode sofrer interferência pela falta de controle sobre os resultados ou por se tratar de uma tarefa considerada muito difícil ou muito fácil.

Embora os estudos sobre a TAR na área fonoaudiológica ainda sejam insuficientes, ela é preconizada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2001), Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), American Academy of Pediatrics (AAP, 2017), Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2021) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2021). Todos a reconhecem como uma terapia que estimula a aprendizagem da criança, o desenvolvimento de vínculos afetivos, hábitos saudáveis e a habilidade da criança para reconhecer os sinais de fome e de saciedade, favorecendo, assim, a auto regulação em relação à alimentação e às emoções (Fisberg e Maximiano, 2021)

Nessa perspectiva as sessões de terapia objetivam a autonomia, o relacionamento positivo e a competência como mecanismos para novas oportunidades e experiências alimentares, permitindo que a criança se engaje nas atividades terapêuticas com alegria, prazer e liberdade (Cormack, Eowell e Postavaru, 2020).

Com base no exposto, percebe-se que diante das dificuldades alimentares o fonoaudiólogo deve considerar que: a) essas dificuldades nem sempre estão centradas na criança - sendo necessário uma visão terapêutica capaz de considerar o contexto social e as interações humanas, b) mesmo existindo aspectos motores orais envolvidos – às vezes



– às vezes eles são efeito e não a causa do problema e/ou trabalhá-los isoladamente nem sempre garante o sucesso terapêutico desejado.

Mas como adotar uma postura fonoaudiológica ampla considerando os aspectos sociais e relacionais em um mundo do trabalho caracterizado pela multidisciplinaridade e extremamente corporativo? Um mundo em que quase sempre o espaço terapêutico é substituído pelo espaço comercial da saúde, ou seja, pela disputa de classes ou de especialidades sobre quem pode ou não tratar determinado paciente ou patologia. E como entender o trabalho motor oral fonoaudiológico em uma perspectiva que não negue a corporeidade?

As respostas para tais perguntas estão sendo construídas a partir do estudo sobre a fonoaudiologia para além do sintoma e do paradigma integrativo da Medicina Tradicional Chinesa – MTC, bem como da transdisciplinaridade que emerge a partir desse estudo. Nesse sentido, apresento algumas contribuições para valoração e ampliação da clínica fonoaudiológica nas dificuldades alimentares sem objetivar descaracterizá-la, conforme seções posteriores.

## **2. Paradigma integrativo, medicina tradicional chinesa e a clínica com dificuldades alimentares - um caminho do meio.**

Junqueira, fonoaudióloga brasileira pioneira na terapêutica das dificuldades alimentares, relata que foi com novos aprendizados que o seu trabalho com esse público foi sendo lapidado. Entre estes aprendizados, destaca os ensinamentos da fonoaudióloga americana Suzane E. Morris sobre crianças resistentes a alimentação e suas famílias. Famílias que imersas no estresse, na tristeza, na frustração e na impaciência, ficam deficientes de ocitocina - o hormônio do amor. Uma deficiência também destacada por Morris e Klein (2000) e por Morris e Junqueira (2019), um dado provocador para discussão sobre esse complexo tema.

Percebo que apesar do fonoaudiólogo dominar diferentes técnicas, exercícios e estratégias terapêuticas, comumente encontra duas dificuldades: 1) ajustar ou adaptar esse conhecimento à diversidade da população pediátrica/neonatal no contexto de hospitalização e ambulatorial e 2) olhar para além da boca e da queixa “não come”. Assim, na busca por novas referências e experiências integrativas para o trabalho com crianças com dificuldades alimentares, surge o encontro com a MTC - a partir de cursos de livre formação em MTC aplicada à Fonoaudiologia, da revisão bibliográfica e, acima de tudo, da aproximação com o Grupo de Estudos em Fonoaudiologia - Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (GEFA-MTC).

A MTC está fundamentada em uma racionalidade médica milenar e integrativa, diferente da biomédica convencional como é possível apreciar em Luz (2007). A biomedicina da doença (que envolve todas as áreas da saúde) tem o foco na doença ou no sintoma - distanciando o ser humano do seu ecossistema e o dividindo em partes (especialidades), discussão aplicada na fonoaudiologia por Pacheco e Lima (2020).

Desta forma, segundo os autores supracitados, a MTC permite ao fonoaudiólogo refletir sobre as suas práticas terapêuticas cartesianas, generalistas, repetitivas e ineficazes, orientadas pela aplicação de testes e de protocolos com exercícios padrões, fragmentando o sujeito e reduzindo o processo de saúde/doença ao sintoma fonoaudiológico a ser encontrado/ resolvido. Isso conduz o fonoaudiólogo, muitas vezes, a investir o seu tempo, no espaço terapêutico, para encontrar uma causa objetiva e um responsável para a dificuldade que o paciente está vivenciando, como, por exemplo, a família ou a escola.

A MTC é reconhecida como a medicina oficial da China e atua conjuntamente com a medicina moderna ocidental/alopática. É considerada pela UNESCO patrimônio cultural intangível da humanidade, desde 19 de novembro de 2010, nos termos da Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial instituída em 2003. Uma medicina que se fundamenta em uma racionalidade própria, incluindo as seguintes terapias: acupuntura, moxabustão, dietoterapia, fitoterapia, massoterapia e atividades físicas chinesas. A sua racionalidade pode contribuir para que a Fonoaudiologia amplie sua visão de mundo, de ciência e de saúde.

Desta forma, segundo os autores supracitados, a MTC permite ao fonoaudiólogo refletir sobre as suas práticas terapêuticas cartesianas, generalistas, repetitivas e ineficazes, orientadas pela aplicação de testes e de protocolos com exercícios padrões, fragmentando o sujeito e reduzindo o processo de O fonoaudiólogo precisa acompanhar a evolução do conhecimento integrativo na área da saúde, como as

Medicinas Tradicionais, Psicossomáticas, Física Quântica, relação saúde e espiritualidade, entre outros. Na pós contemporaneidade é impossível uma profissão na área da saúde manter-se viva negando tais conhecimentos (Pacheco e Lima, 2020.p.78).

A MTC é reconhecida como uma forma milenar de atenção integral à saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Brasil (PNPICS/BRASIL, 2006). Desta forma, pode ser interpretada como uma estratégia para atenuar alguns problemas da saúde, como garantir o acesso pleno às condições mínimas de saúde, a equidade, a humanização e a eficácia. Mas para que isso ocorra é necessário que as ciências e as profissões da saúde possam descortinar novos cenários, aprender a olhar para além do sintoma isolado e a sua medicalização.

Segundo Pacheco e Lima (2020), a racionalidade integrativa da MTC vai além de ser um recurso clínico eficaz e natural para o desenvolvimento de uma saúde plena e integral, é uma proposta para promoção e prevenção da saúde para um ser humano imunologicamente forte, capaz de adaptar-se às adversidades da vida, do mundo e de conservar a sua energia vital (Qi). Nesta perspectiva integrativa o foco do trabalho é o “doente” e não propriamente a “doença”, ou seja, interessa mais a pessoa do que os sintomas, sendo que estes são sinais para desvendarmos o desequilíbrio energético global (Claudino, 2009).

A MTC tem por base a integração e a interação entre o ser humano e a natureza, a manutenção da saúde e a prevenção da doença, visando harmonizar o estado de saúde geral das pessoas (Yamamura, 2001). O estado de saúde corresponde a um estado de equilíbrio, responsável pela harmonia entre corpo, mente e espiritualidade. Assim, as doenças são vistas como uma ruptura dessa harmonia, comprometendo as funções do organismo (Nascimento, 2006 Apud Cintra e Pereira, 2012).

Os sintomas e sinais de doenças são interpretados pela MTC como manifestações de desequilíbrio ou desarmonia entre os órgãos e vísceras, as emoções e a natureza. Constituído-se, assim, em síndromes energéticas de acordo com uma racionalidade própria que envolve uma forma peculiar de avaliar, conceituar, diagnosticar e tratar.

Em relação ao diagnóstico são utilizadas metodologias de entrevista, palpação (como pulso), a inspeção de microssistemas (como língua, face, abdômen e orelha), a investigação da alimentação (estado do apetite, paladar, fezes e urina), entre outros. Assim, o diagnóstico acontece na interação terapeuta – paciente, utilizando-se do diálogo, tato, olfato, visão e audição.

No Brasil, a MTC está contemplada de forma multi e interdisciplinar na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Brasil, 2006). Mas afinal, o que são essas práticas? São recursos terapêuticos baseados em racionalidades médicas tradicionais ou sistemas complexos e naturais de cuidado, como a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Fitoterapia, Aromaterapia, Musicoterapia, Naturopatia, entre outros. Atualmente são 29 terapias de acordo com a atual PNPICS.

Apesar das controvérsias e do amplo debate em torno da relação medicina tradicional chinesa e fonoaudiologia, conforme Pacheco e Lima (2020), o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) emitiu o Parecer nº 45, de 15 de fevereiro de 2020, sobre o uso profissional das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) por fonoaudiólogos, incluindo a medicina tradicional chinesa. Desta forma, o fonoaudiólogo pode utilizar tais práticas de forma complementar quando possuir formação e qualificação para tal.

Pacheco (2017) nos provoca para além do uso complementar da MTC na Fonoaudiologia, afirmando que o entrelaçamento da MTC com a Fonoaudiologia contribui para evolução de ambas em uma perspectiva de saúde integral:

[...] Aproximar e entrelaçar ambas, Fonoaudiologia e Acupuntura, criando uma nova práxis. E se enganam aqueles que pensam que meu interesse é meramente aplicar acupuntura, na prática fonoaudiológica ou o inverso. O que busco desenvolver é uma Fonoaudiologia capaz de recriar pelos saberes da Acupuntura e que esta nunca esqueça sua tradicionalidade clássica.

Para o respectivo autor, valorizar a MTC, os saberes tradicionais de saúde (historicamente aniquilados), os pensamentos complexos e a visão científica holística é compromisso com a sustentabilidade planetária, algo que não pode mais ficar de fora do debate fonoaudiológico. É necessário superar o pedagogismo e a biomedicina mecanicista da doença que impacta na fonoaudiologia e desenvolver terapêuticas mais humanizadas e eficazes.

No cerne da MTC está o conceito de Coexistência Pacífica, ou seja, a capacidade da “doença”(e tudo o que está associado a ela) conviver harmonicamente com a saúde, lembrando-nos de duas questões fundamentais: a) o estado de saúde não é necessariamente ausência de doenças e b) a saúde é um estado biopsicossocioespiritual, conforme tem defendido a própria Organização Mundial de Saúde que, a partir de 1988, incluiu a dimensão espiritual no conceito de saúde sem se limitar a tipos específicos de crenças e religiões. Faz parte do processo de saúde questões como significado e sentido da vida, envolvendo todas as emoções e convicções de natureza não material. Assim, há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido (Volcan, Sousa, Mari, e Lessa, 2003).

Sendo assim, diferentemente da biomedicina mecanicista da doença, voltada para a eliminação do sintoma, a medicalização e a cirurgia, nem toda manifestação de desequilíbrio é algo a ser exterminado do corpo. É necessário voltar-se para uma ciência e uma clínica de precisão, personalizada e que não desconsidere nem a subjetividade e nem a integralidade.

Na MTC cada sistema físico está conectado, entre outras coisas, com uma estrutura do corpo, uma emoção e um órgão do sentido, permitindo avaliar e tratar de forma integral e natural qualquer sintoma. Usa-se, além da acupuntura (acupunção), a dietoterapia chinesa e a utilização de estímulos nos meridianos e acupontos energéticos – como massagem e laserterapia/fotobiomodulação.

Para tanto, há necessidade de dois domínios: 1) o domínio cosmológico da MTC, em especial - a teoria yin-yang e a teoria dos 5 elementos e 2) o domínio dos microssistemas para avaliar o estado de equilíbrio e desequilíbrio, entre eles: microssistema da língua, da orelha, das costas, da face e do abdômen.

## 2.1 Teoria Yin Yang

De acordo com Cairo (1999), no pensamento filosófico chinês, a criação do mundo está relacionada com dois elementos contraditórios e complementares: Yin (negativo) e Yang (positivo). O equilíbrio entre eles promove harmonia e bem-estar e o desequilíbrio causando predomínio de um sobre o outro causa danos como o adoecimento.

O conceito Yin-Yang foi aplicado a todas as coisas pertencentes a vida e a natureza, de forma a pressupor que toda e qualquer manifestação é um estado de equilíbrio ou desequilíbrio Yin-Yang. Claudino (2009) explica que a relação Yin-Yang não é nem de oposição e nem de conflito/exclusão, mas apenas de coexistência como polos da corrente elétrica que constituem diferentes aspectos de um mesmo sistema - se um deles desaparecer o sistema também desaparece.

Estes termos significam literalmente: o lado da montanha que fica na sombra (Yin) e o lado da montanha que fica na virada para o sol (Yang). A montanha é a mesma, mas possui duas qualidades: claridade e sombra/figura/fundo/ positivo e negativo. No sentido primitivo se encontra a ideia de polaridade de oposição, onde o Yang expressa o papel ativo, dinâmico e masculino e o Yin o papel passivo, estático e feminino (Claudino, 2009, p.29).

Assim a teoria Yin -Yang está incorporada em cada aspecto do sistema teórico da MTC e é usada explicar os tecidos e estruturas, fisiologia e patologia do corpo humano, assim como para dirigir o diagnóstico clínico e o tratamento (Claudino, 2009, p.11).

O autor supracitado comenta que na MTC o ser humano pode ser considerado um transformador de energia e essa transformação, elaboração e circulação energética é executada através da atividade combinada e harmônica de órgãos e vísceras, conhecidos como sistema Zang-Fu. Os órgãos e as vísceras não devem ser compreendidos no sentido estrito, mas sim como unidades energéticas, ou seja, unidades de processamento que desempenham várias tarefas. O nome idêntico ao dos órgãos na visão da anatomia ocidental pode dar uma noção errada ao leigo sobre a racionalidade chinesa.

Por isso precisamos estar atentos para o fato de estarmos falando de um conjunto de atributos e funções e não exatamente do órgão anatômico. Fu: são as “oficinas”, onde se fabrica e cria a energia a partir de aportes externos. As vísceras tem a função de manter a homeostase com o meio, proteger o órgão (acoplado) do elemento climatológico correspondente, degradar alimento e gerar energia que vai aos órgãos (zang). São em geral ocias e muito ativas. E por todas essas características são consideradas “Yang”. São elas: vesícula biliar (Dan), intestino delgado (Xiao Chang), triplo aque-

(Sanjiao), estômago (Wei), intestino grosso (Da Chang), bexiga (Pang Guang). Zang são os órgãos “tesouro”, também denominados armazéns, onde a energia fornecida pelas vísceras é recepcionada, administrada e metabolizada para a função que lhe é própria. Os Zang regem a estrutura psico-física através da sua energia específica (Qi). Em relação com as vísceras tem função natureza “Yin”. São eles: fígado (Gan), coração (Xin), mestre do coração (Xin bao), – também denominado pericárdio ou circulação-sexo, baço-pâncreas (Pi), pulmão (Fei), rim (Shén). Cada um deles tem ao longo do corpo humano trajetos energéticos aos quais regem e levam seu nome, são os Canais (ou Meridianos de energia) e os Colaterais. Mas o movimento não é possível sem a união yin-yang, portanto a todo yang lhe corresponde um yin para que possa acontecer o movimento e a mutação. Assim os órgãos e vísceras se combinam em pares yin-yang, também chamados de “acoplados”: O Fígado se complementa com a Vesícula Biliar. O Coração com o Intestino Delgado. O Mestre do Coração com o Triplo Aquecedor. O Baço-pâncreas com o Estômago. O Pulmão com Intestino Grosso. O Rim com a Bexiga. E assim o Nei Jing nos especifica como primeiro princípio de tratamento: Se a enfermidade pertence ao yang, tratar o yin. Se a enfermidade pertence ao yin, tratar o yang. Todas as situações podem ser resumidas a este sistema dual (Claudino, 2009, p.11).

Para Fahrnow e Fahrow (2003) e Mattos (2021) as características e correspondências Yin e Yang no dia a dia estão sintetizada no quadro abaixo:

Características YIN	Características YANG
Frio	Quente
Úmido	Seco
Escuro	Claro
Material	Energético
Interno	Fora
Parte anterior do corpo	Parte posterior do corpo
Órgãos cheios: fígado, coração, baço pâncreas, pulmão e rins	Órgãos ocos: vesícula biliar, intestino delgado, estômago, intestino grosso e bexiga
Passivo	Ativo
Terra	Céu
Embaixo	Em cima

**Quadro 1 - Algumas características Yin e Yang**

Na avaliação clínica o terapeuta considera o biótipo e a manifestação clínica para saber se as características estão mais Yin ou mais Yan e assim auxiliar no equilíbrio. Nesse ensaio é fundamental destacar que: 1) as necessidades alimentares masculinas (Yang) e feminias (Yin) são diferentes ao longo da vida; 2) existem alimentos Yin, Yang e Yin/Yang (ou neutros), e; 3) a alimentação equilibrada ou saudável considera além do alimento, o clima e a estação do ano.

O equilíbrio Yin-Yang está diretamente relacionado com a dâmica dos 5 elementos (movimentos ou fases), discutida a seguir.

## 2.2 A teoria dos 5 elementos (ou movimentos)

A teoria dos 5 elementos, movimentos ou fases é sintetizada no organograma abaixo. As relações de geração entre os elementos estão representadas pelas setas contínuas e a relação de controle de um elemento sobre o outro pelas linhas pontilhadas. Assim, por exemplo, o elemento terra é gerado pelo elemento fogo e gera o elemento metal enquanto é controlado pelo elemento madeira e controla o elemento água.

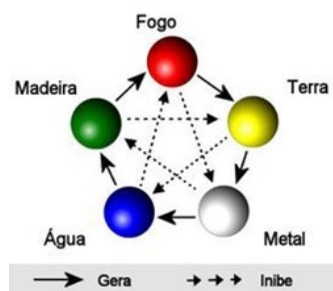


Figura 1 – 5 elementos da MTC

Na saúde, esses elementos relacionam-se com os órgãos e vísceras, os sentidos, os tecidos, os sentimentos, os sabores, as cores e as estações, conforme quadro 3:

Elemento	Madeira	Fogo	Terra	Metal	Água
Órgãos	Fígado	Coração	Baço Pâncreas	Pulmão	Rins
Vísceras	Vesícula Biliar	Intestino Delgado	Estômago	Intestino Grosso	Bexiga
Sentidos	Visão	Tato e paladar	Paladar	Olfato	Audição
Orifícios Externos	Olhos	Boca	Língua	Nariz	Ouvidos
Tecidos	Tendões	Vasos	Músculos	Pele, Pêlos	Ossos
Sentimentos:	Ira ou Raiva	Alegria	Preocupação	Tristeza	Medo
Cores	Verde	Vermelho	Amarelo	Branco	Preto
Sabores	Ácido	Amargo	Doce	Picante	Salgado
Energias	Vento	Calor	Umidade	Estiagem	Frio
Estações	Primavera	Verão	Calêndula (final do verão)	Outono	Inverno

Quadro 2 - Relações entre Elementos e Fenômenos da vida.

Analisando a teoria dos 5 elementos frente às dificuldades alimentares surgem, pragmaticamente, três cenários capazes de ajudar o fonoaudiólogo na construção de metodologias de avaliação e de intervenção, que são:

**a) Primeiro Cenário:** se a alimentação está diretamente associada ao elemento terra, boca e estômago, fazem parte desse sistema também a emoção desse elemento e a sua área de domínio físico, ou seja, a tranquilidade do pensamento e os músculos, respectivamente. Sendo assim, há pontes entre as dificuldades alimentares, o excesso de pensamento e a presença ou ausência da atividade física.

**b) Segundo Cenário:** a mãe do elemento terra (boca e estômago) é o elemento fogo, que envolve o coração (vasos e sangue), o intestino delgado, a língua (como órgão associado com a coluna) e a emoção da alegria. Assim, tanto a avaliação quanto o tratamento fonoaudiológico devem considerar tais aspectos.

**c) Terceiro Cenário:** o filho do elemento terra é o metal, que envolve os pulmões (respiração), intestino grosso, a pele e a emoção da tristeza. Portanto, as dificuldades alimentares podem causar, por exemplo, prejuízos nesses respectivos órgãos e estruturas ou causar quadros de tristeza.

Wen (2004) ressalta a importância de integrar o conhecimento de saúde oriental e o ocidental considerando que, embora seja difícil abordar esses tratamentos orientais com uma mentalidade ocidental, a história demonstra que muitos remédios antigos têm uma sólida base biológica. Este autor explica que os conceitos chineses podem ser usados para refinar o conhecimento sobre a relação mente-corpo na saúde ocidental. Desde o advento da chamada terapêutica racional o ocidente resumiu a mente ao encéfalo e passou a entendê-la como algo dissociado do corpo. Já os chineses não fazem essa distinção entre mente e corpo (Fulder, 1986 b, p. 275).



Nesse sentido, para a MTC o comportamento do homem não é determinado apenas pela dinâmica fisiológica, cerebral, mas da relação entre ele (como microcosmo) com o universo (como macrocosmo) (Doria, Lipp e Silva, 2012).

Assim, Faubert e Crepon (1990, p.95) enfatizam:

Segundo a tradição chinesa o ser humano constitui uma só entidade energética, e não é suscetível de ser dividido. O psiquismo não pode, portanto, em caso algum ser dissociado do físico: ambos apresentam manifestações diferentes da mesma energia, eles seguem as mesmas Leis e estão em interdependência completa, como as duas faces da mesma folha de papel. No caso de perturbações, seja do psiquismo ou do organismo, não se poderia, em absoluto, tratar de um sem referência do outro.

### 2.3 Microssistema da língua

No que diz respeito aos diferentes microssistemas utilizados pela MTC para avaliar a saúde, destacarei nesse ensaio apenas o da língua - estrutura comumente avaliada e trabalhada pelo fonoaudiólogo em uma perspectiva da anatomia/fisiologia ocidental.

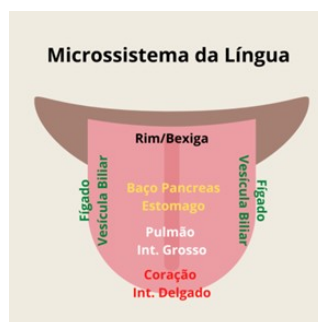
Com base em Pacheco em Lima (2020) as características da língua indicam padrões de deficiência, estagnação ou de excesso e/ou a presença de frio, calor ou umidade em determinados órgãos ou estruturas, explicadas à luz da racionalidade médica tradicional chinesa, de acordo com a figura a seguir:



**Figura 2 – relação da língua com os órgãos e vísceras pela MTC**  
**Fonte – livro fonoaudiologia e acupuntura/medicina chinesa, Pacheco e Lima (2020).**  
**Devidamente autorizado pelos autores.**

O padrão designado como deficiência de Qi, por exemplo, caracteriza-se por língua pálida e com as bordas denteadas (conforme figura 2), bem como movimentos lentos. Esses dados normalmente estão associados com fadiga, corpo gelado, imunidade rebaixada, entre outros. Entre as causas de deficiência de Qi estão a deficiência de baço-pâncreas (emoção preocupação excessiva) ou dos rins (emoção medo excessivo) ou uma situação de alto grau de stress. A medida que as causas são equilibradas a vitalidade retorna e o padrão de língua se modifica.

Sinteticamente, as alterações na ponta da língua se relacionam com o coração, na região central com o estômago e o baço, na base com os rins e a bexiga, e nas bordas com o fígado e a vesícula biliar, conforme figura 3. A coloração equilibrada é vermelho tênue, a língua nunca deve estar esbranquiçada, roxa ou vermelha, assim como não pode ter desvios laterais e tremores (Wen, 1985, p.31-33).



**Figura 3** relação da língua com os órgãos e vísceras pela MTC  
 Fonte livro fonoaudiologia e acupuntura/medicina chinesa, Pacheco e Lima (2020).  
 Devidamente autorizado pelos autores.

## 2.4 A Dietoterapia médica tradicional chinesa

Dietoterapia na MTC é o uso de alimentos para promoção, prevenção e tratamento dos desequilíbrios Yin-Yang, dos 5 elementos ou do sistema Zang Fu. Os alimentos têm o poder de aquecer ou resfriar a energia corporal. Cada indivíduo tem uma característica mais Yin ou mais Yang, sendo que Yin sente mais frio e Yang sente mais calor. E a saúde requer o equilíbrio.

Nesse sentido, é necessário ingerir alimentos de acordo com as estações e o clima do dia, que vão indicar a necessidade maior ou menor de alimentos de natureza quente, morna ou fria (esse último significa alimento de natureza fria e em temperatura ambiente e não alimento gelado).

Segundo Farhnow e Farhnow (2003) alimentos úmidos e frios nos fornecem energia Yin, enquanto alimentos secos, mornos ou quentes aquecem e trazem energia Yang. Assim, para crianças com excesso de frio (ou corpo sempre gelado) e fadigadas, a sugestão é introduzir alimentos Yang. Enquanto aquelas hiperativas, com excesso de calor (ou febris) é mais indicado alimentação Yin. O indivíduo Yang tende a ter aversão aos alimentos quentes e indivíduos Yin aos alimentos frios.

Desse modo, os alimentos têm potencial Yin, Yang ou os dois proporcionalmente (neutros). E devem ser utilizados na busca de um equilíbrio do estado energético físico e emocional. Por exemplo, a euforia é um estado Yang que pode desequilibrar as funções do coração assim como a tristeza um estado Yin que pode atingir os pulmões. (Carvalho e Jr., 2008).

O estudo da dietoterapia fundamentado tanto na teoria Yin-Yang quanto dos 5 elementos, comentadas anteriormente, ajudam o fonoaudiólogo na construção de estratégias terapêuticas alimentares capazes de promover o equilíbrio estrutural necessário para ajudar na (re)organização da saúde e, conseqüentemente, na melhora da condição alimentar.

Desta forma, atualmente, há uma tendência em usar a dietoterapia oriental associada à alimentação natural ocidental para a promoção da saúde (Carvalho e Jr., 2008), em uma perspectiva de que alimento é remédio (Fulder, 1986 a,b); Hipócrates,1992).

Na MTC além da temperatura, as cores e os sabores estão associados a saúde dos órgãos. Além disso, os alimentos devem ser ingeridos nas quantidades corretas para se alcançar o equilíbrio (Hirsch, 2000).

Especificamente sobre a importância dos sabores para a saúde dos órgãos elaborei o quadro abaixo.

ELEMENTO	ÓRGÃO/VÍSCERA	SABOR	EXEMPLO DE ALIMENTOS
Madeira	Fígado/ Vesícula biliar	Azedo	Limão
Fogo	Coração/ Intestino delgado	Amargo	Café
Terra	Baço-pâncreas/Estômago	Doce	Batata doce
Metal	Pulmão/Intestino grosso	Picante	Pimenta
Água	Rim/Bexiga	Salgado	Sardinha

A harmonia das cores na composição das refeições também é um importante aspecto na MTC. Assim, devem ser buscadas as correlações entre as propriedades cromáticas dos alimentos, por exemplo, os alimentos vermelhos são adequados para o coração e o intestino delgado e todas as estruturas relacionadas com o elemento fogo. A cor está relacionada com a vibração da energia, sentida e absorvida pelas células, segundo Carvalho e Jr (2008).

Para finalizar essa seção, resalto que a dietoterapia da MTC aplicada a fonoaudiologia é tema complexo, apenas esboçado nesse ensaio, requerendo estudo criterioso conforme venho fazendo para melhorar o trabalho junto as crianças com dificuldades alimentares.

### 3. A estruturação do pensamento para uma fonoaudióloga integrativa

Até o presente momento discuti a complexidade da dificuldade alimentar transcendendo a terapêutica mecanicista voltada exclusivamente para fazer a criança comer a qualquer custo, aproximando dessa discussão o estudo sobre o paradigma integrativo da MTC. Agora, sintetizo o esquema mental resultante desse primeiro estudo e que está orientado a construção de uma fonoaudiologia integrativa (Quadro 4) e as principais aprendizagens obtidas.

<b>Estruturação do Raciocínio</b>	<b>Fonoaudiologia para além do sintoma alimentar</b>	<b>MTC aplicada a Fonoaudiologia</b>
Referências Básicas.	Suzanne Evans Morris (EUA, 1987, 2000.). Patrícia Junqueira (Brasil, 2014,2015, 2017) Morris e Junqueira (2019) Aline Padovani (Brasil, 2019,2020).	Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo (Versão traduzida para o português 2001). Pacheco e Lima (Brasil, 2020).
A clínica fonoaudiológica.	Visão ampliada: Holismo. Aproximação com a Física Quântica: ações diferentes levam a resultados diferentes (Albert Einstein).	Visão ampliada e integrativa: Homem – Natureza – Sociedade. Aproximação com a Física Quântica: ações diferentes levam a resultados diferentes (Albert Einstein).
Modo de ação/reação.	Modo aprendizagem.	Modo aprendizagem.
Noção de Doença.	Contextualizada: foco na pessoa (“doente”) e com destaque para a família.	Contextualizada: foco na pessoa (“doente”) e destaque para as relações ser humano - natureza - sociedade.
O Ato de comer.	Foco na refeição, no aprender a comer, na comunicação, na autonomia, na liberdade, na divisão de responsabilidades, na mastigação <i>versus</i> características dos alimentos (texturas/ consistências e preferências).	Alimentação está relacionada com o ciclo circadiano, as estações e o equilíbrio Yin Yang e dos 5 elementos.
O Fonoaudiólogo.	Deve acolher, ter empatia, cuidar de quem cuida, escuta qualificada e disciplina positiva.	Deve acolher, avaliar a corporeidade e traduzir as manifestações de desequilíbrio para além da boca-estômago.

<b>Estruturação do Raciocínio</b>	<b>Fonoaudiologia para além do sintoma alimentar</b>	<b>MTC aplicada a Fonoaudiologia</b>
Referências Básicas.	Suzanne Evans Morris (EUA, 1987, 2000.). Patrícia Junqueira (Brasil, 2014,2015, 2017) Morris e Junqueira (2019) Aline Padovani (Brasil, 2019,2020).	Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo (Versão traduzida para o português 2001). Pacheco e Lima (Brasil, 2020).
A clínica fonoaudiológica.	Visão ampliada: Holismo. Aproximação com a Física Quântica: ações diferentes levam a resultados diferentes (Albert Einstein).	Visão ampliada e integrativa: Homem – Natureza – Sociedade. Aproximação com a Física Quântica: ações diferentes levam a resultados diferentes (Albert Einstein).
Modo de ação/reação.	Modo aprendizagem.	Modo aprendizagem.
Noção de Doença.	Contextualizada: foco na pessoa (“doente”) e com destaque para a família.	Contextualizada: foco na pessoa (“doente”) e destaque para as relações ser humano - natureza - sociedade.
O Ato de comer.	Foco na refeição, no aprender a comer, na comunicação, na autonomia, na liberdade, na divisão de responsabilidades, na mastigação <i>versus</i> características dos alimentos (texturas/ consistências e preferências).	Alimentação está relacionada com o ciclo circadiano, as estações e o equilíbrio Yin Yang e dos 5 elementos.
O Fonoaudiólogo.	Deve acolher, ter empatia, cuidar de quem cuida, escuta qualificada e disciplina positiva.	Deve acolher, avaliar a corporeidade e traduzir as manifestações de desequilíbrio para além da boca-estômago.

**Quadro - 4 Síntese do esquema mental da autora para a construção de uma fonoaudiologia integrativa.**

E assim, o estudo sobre o paradigma integrativo na área clínica das dificuldades alimentares ensinou-me a:

- 1) Caracterizar o perfil da criança como Yin ou Yang e a partir disso estabelecer estratégias e prioridades no tratamento.
- 2) Considerar já na entrevista inicial o máximo de aspectos relacionados com a alimentação, valorizando todas as características da criança, como se ela é falante, agitada, quieta, friorenta, enalorada, se dorme bem ou não, entre outras. Todas essas características podem ter relação com os alimentos que a criança prefere ou recusa.
- 3) Envolver a família no processo de tratamento: cuidar de quem cuida.
- 4) Aplicar alguns princípios da Dietoterapia Chinesa na terapia fonoaudiológica, como a importância da temperatura, do sabor e das cores dos alimentos. Nesse sentido, aprendi a diferenciar remédio de medicamento (campo restrito de algumas áreas) e dietoterapia de nutrição (área restrita do nutricionista e do nutrólogo).
- 5) Considerar que as estações do ano e o ciclo circadiano interagem com as nossas necessidades e preferências alimentares, sendo necessário ter uma alimentação ajustada com estes para manter o equilíbrio físico e emocional.
- 6) Utilizar a teoria dos 5 elementos para avaliar a corporeidade, ou seja, a interação entre todos os sistemas e entre eles e a dificuldade alimentar da criança.
- 7) Utilizar os microssistemas da face e da língua na área fonoaudiológica, indo além da visão morfo fisiológica ocidental aprendida na formação em Fonoaudiologia.
- 8) Aplicar na fonoaudiologia o conceito de precisão clínica, ou seja, mais do que a chamada evidência científica é importante considerar os resultados concretos na óptica do paciente e da sua família. E para isso é necessário personalizar todo tratamento.
- 9) Ampliar o entendimento sobre o processo de saúde-doença a partir do conceito de coexistência pacífica, ou seja, indagar sobre a ideia de que tratar é acabar ou eliminar um sintoma. O decisivo não é o combate entre a saúde e a doença, mas a convivência entre elas.
- 10) Usar os meridianos e acupontos para aplicação de outros estímulos que não a agulha (acupuntura), entre eles o laser.

#### 4. Considerações Finais ou Iniciais

Esse ensaio debateu um dos maiores desafios da clínica fonoaudiológica atual, em especial na área da fonoaudiologia hospitalar: a terapêutica com crianças com dificuldades alimentares. Essas dificuldades ainda são pouco pesquisadas no âmbito da fonoaudiologia brasileira e se articulam com diversas outras características (sinais e sintomas), demandando diferentes especialidades e saberes, nem sempre consensuais, como as diferentes formas de entender a família, a clínica terapêutica e a própria definição de saúde.

É necessário superar discursos, atitudes e conflitos, assim como acolher e compreender diferentes manifestações clínicas. Entre os discursos que precisam ser superados estão “deixa a criança sem comer que ela sentirá fome”; “isso vai passar - é só uma fase”; “ainda é cedo para se preocupar”; “não come porque a família é desorganizada e sem rotina”. Sobre as atitudes que precisam ser superadas estão as de ofertar para a criança apenas o alimento que ela come ou deixar de alimentá-la. No que se refere aos conflitos que precisam ser administrados temos o confronto entre os pais e entre eles e o filho. E entre as manifestações que merecem atenção estão o vômito após comer, a fadiga da família, a preferência por sabores (como doce) ou por pessoas (por exemplo um dos pais) e os comportamentos repetitivos (como a necessidade excessiva de limpar as mãos).

Desta forma, a busca pelo conhecimento e por terapêuticas capazes de ajudar a melhorar a eficácia clínica, sobretudo, para abordar a criança e sua família de forma mais humana e integral, levou-me ao encontro com as abordagens holísticas ou integrativas como a psicossomática de Cristina Cairo e a MTC. Sendo assim, a entrevista, a avaliação e o tratamento fonoaudiológico foram ampliados e enriquecidos com essas abordagens, que permitem compreender com maior precisão a história das crianças e da sua família e a pensar o processo terapêutico para além da boca e da comida (Doria, Lipp, Silva, 2012).



Tanto a alimentação quanto a saúde ultrapassam o plano biológico, envolvem as relações, as emoções e a aprendizagem de competências, habilidades e rotinas. Compactuo com Kapim e Abreu (2016) de que não há nenhuma dificuldade alimentar que não possa ser resolvida com “uma xícara de paciência, uma pitada de carinho, um punhado de dedicação, uma boa dose de orientação” e, acrescentaria, com uma fonoaudióloga integrativa.

Portanto, a refeição não é só uma questão de garantir nutrição, mas também de desenvolver comunicação, socialização e sensorialidade, através do domínio de habilidades e da organização do tempo pela família e da sua capacidade de celebração. (Klein, 2019). Por isso há necessidade de garantir a felicidade nos programas de terapia da alimentação. Para Morris (2018), a infelicidade impede que as crianças se movam em direção ao relacionamento mais confortável e habilidoso com os alimentos e os líquidos.

Para Doria, Lipp e Silva (2012) a forma com que a MTC considera o stress, o cansaço e a infelicidade, como desequilíbrios energéticos Yin e Yang e dos 5 elementos, permite diagnósticos e tratamentos diferenciados e individualizados frente as dificuldades alimentares.

Nesse sentido, Lipp, Malagris e Novais (2007) apontam quatro pilares necessários para controlar o stress: alimentação saudável e equilibrada, relaxamento, prática regular e sistemática de exercícios físicos e reestruturação cognitiva – partindo da hipótese de que pensamentos geram sentimentos. Assim, pensamentos distorcidos e negativos devem ser substituídos por pensamentos mais funcionais para o bem estar do indivíduo.

Todo tipo de sofrimento mental traz uma consequência para o corpo. Não há nada que ocorra em nosso corpo que não seja explicado pela psicologia oriental, pois o que sentimos é somatizado de alguma forma, para que haja a comunicação entre consciente e inconsciente. Dores, gripes, resfriados, **enjoo (náuseas)**, tem seu significado e eles são, apenas, manifestações de uma certa resistência e rebeldia de pessoa contra alguma situação (CAIRO, 1999, p.179). [...] Enjoos, representam todo o medo que você sente do caminho que está seguindo, medo de perder o próprio controle e de sentir que está totalmente impossibilitado de ser você mesmo. Os enjoos externam uma sensação de prisão, a necessidade de se contrariar para evitar conflitos conjugais, familiares ou até mesmo com amigos e colegas. Quando a nossa mente inconsciente percebe uma situação propícia, provoca o enjoo para alertar a anulação dos nossos desejos (CAIRO, 1999, p.179 e 222).

Para finalizar, a autora supracitada sugere que se enfrente os problemas do dia a dia respirando fundo, lentamente, recusando-se a sentir medo. Seja lá o que for, deixe fluir o que está para acontecer. Mesmo que não seja da forma que esperamos, tudo sempre se resolve.

## 5. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, C. N., et. al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatria Moderna*. 48(9): 24-6, 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Is your baby hungry or full? Responsive feeding explained. 09 jan. 2017. Disponível em: <<https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Is-Your-Baby-Hungryor-Full-Responsive-Feeding-Explained.aspx?>>. Acesso em: 29 jan. 2021.
- AMIN, B., ESPINDOLA, E. e BATISTA, J. *Dino Não Quer Comer: uma jornada pela seletividade alimentar*. Palhoça, SC: Rocha Soluções Gráficas, 2021.
- AZEVEDO, R. F. et. al. Efeito da Acupuntura sobre as emissões otoacústicas dos pacientes com Zumbido. *Revista de Otorrinolaringologia*, 73 (5): 599-607. 2007.
- BARROS, J.A. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o modelo biomédico? *Rev. Saúde e Sociedade*, nº 11(1), 2002.
- BRASIL, FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). The baby friendly initiative. Disponível em: <<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde 92 p. , 2006. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>> . Acesso em: 28 de fev. 2022
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar de bolso para crianças menores de 2 anos. março de 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- CAIRO, C. *Linguagem do Corpo: aprenda a ouvi-lo para uma vida mais saudável*. SP: Mercury, 1999.
- CARVALHO, M. A. e JÚNIOR, A. P. Nutrição e Estados de Humor: da medicina chinesa antiga à neurociência. *Rev. Simbio-Logias*. V.1, n.1, mai/2008. *Rev. Simbio-Logias*. V.1, n.1, mai/2008.
- CINTRA, M. E. R. e PEREIRA, P.P.G. Percepções de Corpo Identificadas entre Pacientes e Profissionais de Medicina Tradicional Chinesa do Centro de Saúde Escola do Butantã. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.1, p.193-205, 2012.
- CLAUDINO, A. (org) *Apostila de Teorias Básicas da MTC - Acupuntura Bioenergética*. Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do Homem - Escola Catarinense de Terapias Naturais "Santa Clara" (CEMETC). ES, 2009. (Acupuntura Bioenergética do Dr. A. Carlos Nogueira Perez, 2007).
- CORDEIRO, A. T. e CORDEIRO, R. C. *Acupuntura: elementos básicos*, 3ª ed, São Paulo: Polis, 2001.
- CORMACK, J., EOWELL K., POSTAVARU G. I. Self-determination theory as a theoretical framework for a responsive approach to child feeding. *J Nutr Educ Behav.*;52(6):646-651, 2020.
- DORIA, M. C. S. e, LIPP, M. E. N., e SILVA, D. F. O Uso da Acupuntura na Sintomatologia do Stress. *Psicologia: ciência e profissão* 32(1) 34-51, 2012.
- FAHRNOW, I. M. e FAHRNOW, J. *Os Cinco Elementos na Alimentação Equilibrada: a arte da vida e da culinária segundo a MTC*. Traduzido por Inês Lohbauer. SP: Àgora, 2003.
- FAUBERT, G., e CREPON, P. A. *Cronobiologia chinesa*. São Paulo: IBRASA, 1990.
- FISBERG, M. TOSSATI, A. M. e ABREU, C. L. A criança que não come - abordagem pediátrico-comportamental. *Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas*, nº 4, vol 1., nov 2014. Disponível em: <[www.proceedings.blucher.com.br/evento/2cisep](http://www.proceedings.blucher.com.br/evento/2cisep)> . Acesso em: 28 fev. 2022.
- FISBERG, M. e MAXIMINO, P. (org). *A Criança Que Come Mal: Atendimento Multidisciplinar - A Experiência do CENDA do Instituto Pensi* . SP: Manole, 2021.
- FULDER, S. A. New Interest in Complementary (Alternative) Medicine: Towards pluralismo in medicine? *Impact of Science on Society* 143: 235–243, 1986a.

- FULDER, S. O Tao da Medicina. São Paulo: Ibrasa, 1986b.
- GONZÁLEZ, C. Meu Filho Não Come! Conselhos para prevenir e resolver esse problema. Traduzido por Maria Tristão Bernardes. SP: Timo, 2016.
- HIPOCRATES. Aphorisms London: Loeb Classical, 1992.
- HIRSCH, S. Manual do herói ou a filosofia chinesa na cozinha. 3. ed. Rio de Janeiro: Manual, 2000.
- JACOBI, C., AGRAS W. S., BRYSON S., HAMMER L. D. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.];42(1):76-84, 2003.
- JUNQUEIRA, P. Aspectos sensorio-orais e suas interferências no comportamento alimentar da criança. Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas. nº 4 vol 1, Nov, 2014. Disponível em: <www.proceedings.blucher.com.br/evento/2cisep> . Acesso em: 28 fev 2022,.
- JUNQUEIRA, P. et. al. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Revista CEFAC*. Mai-Jun;17(3): 1004-1011, 2015.
- JUNQUEIRA, P. Relações Cognitivas com o Alimento na Infância . ILSI Brasil – International Life Science Institute do Brasil, (Força tarefa de nutrição da criança, V5), 2017a.
- JUNQUEIRA, P. Porque Meu Filho Não Quer Comer? Bauru, SP: Editora Idea, 2017b.
- KAPIM, G e ABREU, A. Socorro! Meu filho come mal. RJ: LEYA, 2014.
- KERZNER , B. M. K et al. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 135 (2):344-353,feb. 2015.
- KLEIN, M.D. Anxious Eaters, Anxious Mealtimes: practical and compassionate strategies for mealtime peace. Indiana: Archway Publishing, 2019.
- LIMA, C.A.M. Acupuntura e Fonoaudiologia: estudo histórico para ressignificar essa relação após a revogação da Resolução nº272 do Conselho Federal de Fonoaudiologia- CFFa. Monografia apresentada ao curso de Pós-graduação em Acupuntura, Centro Integrado de Pesquisas do Homem – CIEPH. Florianópolis, SC. 2018.
- LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. & NOVAES, L. E. Stress ao longo da vida. São Paulo: Ícone, p.111 , 2007
- LUZ, M. T. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MACIOCIA, G. Os Fundamentos da Medicina Chinesa. São Paulo: Roca, 1996.
- MARIN, G. Os Cinco Elementos e as Seis Condições: uma abordagem Taoísta, à cura emocional, à Psicologia e à Alquimia interna. Traduzido por Cintia de Paula Fernandes Braga. SP: Cultrix, 2010.
- MATTOS, A. C. Guia Prático de Medicina Chinesa: para autoconhecimento, saúde e bem estar. 3ª ed. SP: Alfabeta, 2021 (1ªed. 2019)
- MCGLOTHLIN, J. Moving from get do let: building trust in a therapeutic relationship. In: Responsive Feeding Therapy Conference, 2020.
- MORRIS, S. E. e JUNQUEIRA, P. A Criança Que Não Quer Comer: compreenda as interconexões do seu universo Bauru, SP: Editora Idea, 2019.
- MORRIS S. E. e KLEIN M. D. Pre-Feeding Skills: a comprehensive resource for mealtime development. 2nd ed. Pro-ed; 2000.
- MORRIS, S. E. Feeding the whole child a mealtime approach [Alimentando a criança em sua totalidade uma abordagem no momento da refeição]. Workshop. 2018.
- MÜLLER, P. W., SALAZAR, V. e DONELLI, T. M. S. Dificuldades Alimentares na Primeira Infância: uma revisão sistemática. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. RJ: v.17, nº2, p. 635-652, 2017.
- NASCIMENTO, M. C. do. As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.
- NOGIER, R. & BOUCINHAS, J. C. Prática fácil de auriculoterapia e auriculomedicina. São Paulo: Ícone, 1997.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. WHO Global Consultation on Complementary Feeding. Guiding principles for complementary feeding of the breast-fed child. Washington, D.C.: Pan-american Health Organization (PAHO)/ World Health Organization (WHO). p. 19-28, 2001.

- PACHECO, R. O fonoaudiólogo pode ser acupunturista? Disponível em: [https://f56a0d9e-a848-4524-baa5-41077c4bd874.filesusr.com/ugd/888de4\\_2510e78262ec4b1084f5b86193af4215.pdf](https://f56a0d9e-a848-4524-baa5-41077c4bd874.filesusr.com/ugd/888de4_2510e78262ec4b1084f5b86193af4215.pdf), 2017.
- PACHECO R. e LIMA, C. A. M. Fonoaudiologia e Acupuntura/ MTC: transdisciplinariedade e paradigma integrativo. B H: Editora Dialética, 2020.
- PADOVANI, A. Tá na hora do papá. SP: Conto com Você, 2019.
- PADOVANI, A. Ecaa! SP: Conto com Você, 2020.
- QUEIROZ, M. S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, M. C. (Org.). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec. p. 19-39. 2006.
- REQUENA, Y. Acupuntura e psicologia. São Paulo: Andrei, 1990.
- ROSA, M. C. P et al. Comparação dos resultados da fonoterapia e fonoterapia associada à Acupuntura na paralisia facial periférica. Revista CEFAC, Julho-Agosto, 12 (4): 579-588, 2010.
- ROWELL K., WONG G., CORMACK J., MORELAND H. Responsive feeding therapy: values and practice. Disponível em: <<https://www.responsivefeedingtherapy.com/rft-values-and-principles>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- SILVA, J. N. e MEJIA, D.P. A eficácia da acupuntura clássica chinesa no tratamento da afasia. Faculdade Ávila. Pós graduação em Acupuntura, 2016. Disponível em: [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/16/57\\_](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/16/57_). Acesso em : 28/ fev.2021.
- TYMOWSKI, G., & FIÉVET-IZARD, M. . A acupuntura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, (Coleção Cultura Contemporânea). 1986.
- VOLCAN, S. M. A., SOUSA, P. L. R., MARI. J. J. e HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Revista de Saúde Pública, 37(4), p. 440-445, 2003.
- WANG, Bing. Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo. Trad. CRUZ, José R.A.S. Revisor Técnico: NIEPEERON, Olivier-Michel. São Paulo: Ícone., 2001.
- WEN, T. S. Acupuntura clássica chinesa. 12. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. (1985,2004)
- YAMAMURA, Acupuntura Tradicional: a arte de inserir. São Paulo: Roca, 2001.

## FONOAUDIOLOGIA E ACUPUNTURA/MEDICINA CHINESA: TRANSDISCIPLINARIDADE E PARADIGMA INTEGRATIVO

*Leandro Alberto Grassi<sup>1</sup>*

O mundo contemporâneo tem como marca a construção e o entrelaçamento de saberes de distintas áreas do conhecimento para a resolução de problemas cada vez mais complexos. A área da saúde não é exceção e caminha rumo a transdisciplinaridade, fundamental para uma visão integrada dos processos do fazer saúde de um modo ampliado e que tenha como valor central a vida.

Na obra *Fonoaudiologia e Acupuntura/Medicina Chinesa: Transdisciplinaridade e Paradigma Integrativo*, primeira publicada no Brasil sobre fonoaudiologia e medicina chinesa, os autores constroem um conhecimento pautado em duas racionalidades médicas distintas: a medicina ocidental contemporânea ou biomédica e a medicina tradicional chinesa. Desta forma, através de uma visão de saúde integrativa, onde uma racionalidade não se sobrepõe a outra, são mostradas as possibilidades de atuação dentro do campo da fonoaudiologia com a acupuntura, que por sua vez tem seu embasamento teórico e prático orientado pela medicina chinesa.

O grande mérito da obra está em se dar para além do campo de atuação da fonoaudiologia. Com conteúdo que transcende a práxis limitada a uma técnica ou área de formação profissional, são construídas pontes de ligação e raciocínio clínico dentro de uma abordagem capaz de enxergar os saberes em saúde para além da ciência mecanicista e positivista, promovidos pela ciência biomédica, bem como do pedagogismo que impera nas formações profissionais no Brasil, que acabam distanciando o conhecimento teórico da realidade cotidiana. Em síntese, a obra é acessível a qualquer profissional de saúde disposto a ampliar os saberes e práticas através da medicina chinesa e ter uma visão integrativa de saúde.

Com um olhar mais atento, percebe-se que a obra vai além do proposto em seu título e pode-se dizer que aborda, ainda que entrelinhas, a questão urgente da sustentabilidade na área da saúde. Vivemos um momento crítico onde a crise ecológica atrelada a veneração do capital como motor das sociedades contemporâneas vem colocando em xeque a própria sustentação da vida na Terra. Se faz mister (re)aprender com as antigas tradições e povos milenares como promover harmonia em todos os segmentos da vida sem prejuízo de si, da sociedade e do planeta que habitamos. Nesse sentido, a milenar medicina chinesa, que tem seu escopo de conhecimento validado pelo tempo, serve de norteamento da obra para mostrar que é possível promover a integralidade através da diversidade de pensamentos e distintas racionalidades.

Em tempos onde a velocidade da informação as vezes é assustadora, mais do que nunca precisamos praticar o *long life learning*, ou seja o aprendizado ao longo da vida. Assim, é necessário que se tenha a capacidade de aprender, desaprender e reaprender, além de incluir a diversidade de ideias para criar novas soluções aos problemas que se apresentam. Mais uma vez, pode-se dizer que encontra-se tudo isso na obra em questão ao ter a ousadia de mesclar ciências, no amplo sentido do termo, em prol da integralidade que nosso tempo pede.

Por fim, a ampliação do olhar sobre o fenômeno saúde faz toda a diferença para quem almeja incorporar em sua prática clínica a integralidade, sobretudo quando é fundamentada em racionalidades diversificadas.

Por isso que Fonoaudiologia e Acupuntura é leitura indispensável não só para fonoaudiólogos, mas para todo profissional de saúde que ousa sair de sua bolha e desbravar novos horizontes, com ciência e consciência em busca de uma saúde para vida, não apenas olhando para doenças e disfunções, mas olhando para cada ser humano como ser único, que tem sua própria história num determinado tempo e espaço. Assim, se torna possível construir uma saúde integrativa, transdisciplinar e ecológica.

---

1. Enfermeiro e Naturólogo. Pós graduado em Medicina Tradicional Chinesa. Enfermeiro do Sistema Único de Saúde de Joinville - SC.



## FÓRUM INTERNACIONAL SINO-PORTUGUÊS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA: A UNIÃO ENTRE A MEDICINA ALOPÁTICA E A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID 19 NA CHINA.

Roberto Pacheco<sup>1</sup>

Particpei, a convite da Embaixada Chinesa do Rio de Janeiro (Brasil), entre os dias 9 e 22 de Junho de 2021, do Fórum Internacional Sino-Português de Medicina Tradicional Chinesa. Evento online organizado pelo Ministério do Comércio da China e promovido pelo Hospital de Xiyuan. O tema central do Fórum foi Covid 19, apesar da ocorrência de debates paralelos.

Na ocasião a China estava superando a pandemia enquanto o Brasil caminhava para o auge da sua 1ª grande onda. Enquanto “cientificistas” e “negacionistas” disputavam audiência utilizando a Covid 19 como plataforma político partidária, restava ao cidadão comum dúvidas e pânico frente a tantas hospitalizações e mortes. Assim, este convite trouxe-me grandes expectativas.

Desta forma, coloquei-me na posição de aprendiz e assisti a todas as palestras deste Fórum, escutei atentamente cada professor e fiz a avaliação solicitada. Isso mesmo, para receber o diploma homologado pelo governo chinês era obrigatório ao participante entregar um trabalho escrito, independente da sua profissão, titulação e posição hierárquica. Uma forma de exigir compromisso compatível com a minha convicção de que todo ator social (pesquisador, professor, terapeuta, político, entre outros) tem a obrigação em aprender *com e na* diversidade e não apenas defender veemente as suas verdades.

Nesse sentido, na avaliação supracitada, lancei a pergunta: o que os representantes do Estado e do governo brasileiro aprenderam e o que se comprometeram a fazer com os aprendizados desse Fórum? Como diz um verso de Lao-Tsé: “*saber e não fazer ainda não é saber*”.

Na abertura do Seminário, no dia 9 de Junho de 2021, com o Sr. Zhang Yunling, ficou claro o que significa MTC na China: uma questão de saúde, economia, história, cultura e comércio. Ao total, foram 10 dias com palestras gravadas e seminários ao vivo, comentados, a seguir:

**1ª primeira palestra (9 de Junho de 2021)** - uma discussão sobre as condições nacionais e culturais da MTC na China, com ênfase na integração entre a medicina alopática moderna e a MTC, com a tese: “*a medicina tradicional chinesa e a ocidental integradas é um estado ideal*”. Na China, ambas as medicinas atuam, conjuntamente, em diversos quadros e situações de saúde pública, como estratégia de saúde do estado. Diferente do Brasil em que tais racionalidades são, muitas vezes, interpretadas como antagônicas. Há, no Brasil, narrativas de que estas medicinas não devem ou não podem ser utilizadas concomitantemente, ou de que a MTC serve apenas para doenças consideradas “leves”. Definitivamente, não é assim na China.

**1º primeiro seminário (10 de Junho de 2021)** - apresentação da técnica nano flor de ameixa - equipamento manual com diversas micro agulhas - utilizadas como recurso terapêutico (fotos 1 e 2). Mostrou-se o uso dessa técnica no tratamento da pele, para profissionais que atuam na área da saúde estética, como biomédicos, esteticistas, fisioterapeutas, dermatologistas e fonoaudiólogos. Foi um dos poucos momentos do Fórum em que a discussão não foi sobre a pandemia da Covid 19, mas sim sobre o uso da tecnologia na validação científica da acupuntura na área da dermatologia.

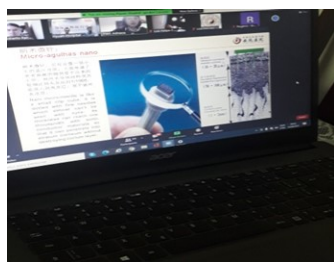


Foto 1 – Agulha Nano Flor de Ameixa.

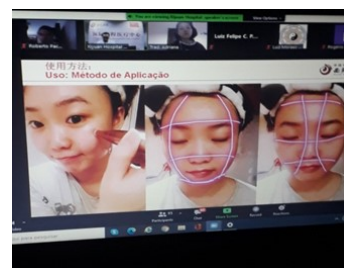


Foto 2 – Imagem da Técnica de Aplicação

1. Roberto Pacheco, Mestre em Ciências da Linguagem, Pós Graduado em Medicina Tradicional Chinesa, Presidente do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia e Acupuntura - GEFA - MTC.

**2ª palestra (dia 10 de junho de 2022)** - debate crítico sobre o tratamento da pneumonia viral na visão biomédica ocidental, mostrando que se por um lado os medicamentos alopáticos são necessários por outro apresentam uma série de limitações, podendo, por exemplo, serem tóxicos para as células saudáveis e as hospedeiras e, conseqüentemente, prejudicar o sistema imunológico. Destacou-se a necessidade do tratamento ser individualizado.

**3ª palestra (dia 10 de junho de 2022)** - discussão sobre o tratamento da MTC associado a exercícios de respiração no cuidado da depressão e da ansiedade, associados ou não a Covid 19. Apresentou-se o que é depressão na MTC, envolvendo as 5 emoções (teoria dos 5 movimentos ou fases): alegria, pensamento, tristeza, medo e raiva. Destacou-se que o tratamento é sempre personalizado e deve envolver técnicas de respiração e a técnica adequada de acupuntura por parte do acupunturista. Não basta colocar a agulha nos acupontos, tanto a intenção do acupunturista quanto a técnica de manipulação da agulha são determinantes para o controle eficaz desses quadros.

**4ª palestra (dia 11 de junho de 2022)** - debate sobre a interação entre a MTC e o pensamento biomédico moderno ocidental. Comentou-se sobre a cosmovisão e a integralidade da MTC. Foram apresentados casos para demonstrar o caráter integrativo e preciso da MTC, entre eles a evolução da saúde de uma Srª de 79 anos com doença cardíaca, mostrando que enquanto a MTC atua na vitalidade e na coexistência equilibrada entre a célula saudável e a doença (conceito de coexistência pacífica) a biomedicina ocidental prioriza eliminar a doença com medicamentos ou arrancá-la do corpo com cirurgias. São formas distintas de entender a doença, sendo que cada uma delas possui pontos fortes e fracos. Mas quando utilizadas conjuntamente potencializam o tratamento.

**5ª palestra (11 de junho de 2022)** - discussão sobre o tratamento da pneumonia causada pelo coronavírus nas suas diferentes etapas ou estágios. Apresentou-se dados sobre a importância da MTC nesse tratamento, entre eles um estudo com 158 pacientes graves em que 140 tiveram pneumonia e foram curados, sendo que 88 deles foram tratados só com MTC, 42 com MTC e medicina ocidental e apenas 10 com medicina alopática ocidental. Destacou-se, nessa palestra, que historicamente a MTC foi utilizada com sucesso em pelo menos 300 grandes epidemias na China. Comentou-se, ainda, que em pesquisas chinesas o fitoterápico tradicional chinês *Jinhua Qinggan* teve o mesmo efeito que o *Tamiflu* no combate ao H1N1.

**6ª palestra (dia 14 de junho de 2022)** - ampla discussão, com Maorong Fan, sobre a gestão da saúde na pandemia do coronavírus, no sentido de como normalizar a situação pandêmica atual. Abordou-se a importância das medidas de isolamento total, o uso diário de máscaras, a higienização de ambientes públicos, o cuidado redobrado com pessoas que tem quadros respiratórios e, por fim, a necessidade de medidas rigorosas de biossegurança nos ambientes hospitalares. Uma estratégia utilizada pela China e que poderia (ou deveria) ter sido utilizada como estratégia nacional pelo Brasil, foi a telemedicina associada ao atendimento domiciliar com pessoas que tinham doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e outras doenças respiratórias. A telemedicina foi amplamente utilizada nesses casos, para que essas pessoas não se locomovessem para os hospitais, prevenindo assim o contágio do coronavírus.

**2º Seminário (15 de Junho de 2022)** - seminário sobre o acompanhamento integral e o prognóstico do paciente com Covid 19. No início da pandemia a taxa de mortalidade na China era de 7,68% e ao poucos foi diminuindo com o trabalho de pesquisa e de assistência. Assim como no restante do mundo, o paciente acima dos 60 anos de idade e com doenças pré-existentes foram os mais susceptíveis a complicações e morte, entre estas doenças: diabetes, hipertensão, doença cerebrovascular, doença renal e tumor maligno. Discutiu-se, entre outras coisas, sobre o uso ou não dos hormônios no tratamento da Covid 19, sendo defendido o seu uso de forma controlada e individualizada e não como medida aleatória para todos os casos.

**7ª palestra (15 de junho de 2022)** - apresentação da teoria básica da MTC. Apesar dessa palestra ter se caracterizado como uma aula para leigos, relacionou precisamente os princípios naturais da saúde com a prevenção primária e secundária da Covid 19. Destacou a necessidade em cuidar da vida pessoal, da saúde mental, da relação sexual, da atividade física e da alimentação, bem como cultivar a bondade, fortalecer o corpo e tratar precocemente os sinais de adoecimento. Dito de outra forma, em época de

Covid 19, não basta apenas o isolamento e a oferta de vacina. É preciso uma postura ativa em cuidar da saúde integralmente todos os dias.

**3º Seminário (dia 16 de junho de 2022)** - por problemas técnicos o tema “técnicas integradas de enfermagem na Covid 19” foi substituído por um colóquio sobre experiências de profissionais com MTC. Apresentaram-se dados de que até este Fórum, na china, 92% dos pacientes com Covid 19 tinham recebido algum cuidado com MTC e que a taxa de eficácia era de 90%. E nesse cenário, a fitoterapia e a farmácia tradicional chinesa se destacaram, sendo amplamente utilizadas. Nessa área, há uma grande potencialidade de parceria entre Brasil e China, uma vez que o Brasil possui uma das maiores biodiversidades do mundo com uma ampla variedade de plantas medicinais, muitas delas utilizadas a séculos pela MTC.

**8ª palestra (dia 16 de junho de 2022)** - palestra motivadora sobre alimentos para a saúde, com Zhou Peiyun. Foi dividida em alimentos para melhorar as funções sistêmicas e outros para suplementar a dieta. Mostrou como o alimento pode ser utilizado para a saúde, desde receitas adaptadas até na transformação em fitoterápicos. Aprendi, entre outras coisas, como o chá de crisântemo e de Danshen ajudam a melhorar a pressão sanguínea.

**4º Seminário (dia 17 de Junho de 2021)** - debate sobre a prevenção e o tratamento das doenças cardíacas e cérebro vasculares, com Drª Dong Guoju. Do meu ponto de vista, foi um dos melhores Seminários do Fórum. Iniciou com uma questão filosófica pertinente: *MTC é ciência ou sabedoria?* E nesse sentido, sem predominância da ciência sobre a sabedoria o tema foi aprofundando até chegar nas possibilidades de prevenção e de tratamento fitoterápico das doenças do coração e do acidente vascular encefálico. A MTC tem um amplo conhecimento fitoterápico nessa área, transcendendo a noção alopática ocidental. Importante destacar que, nesse seminário, o excesso de trabalho e o stress associado a ele foram citados como grandes causas de adoecimento.

**9ª palestra (dia 17 de junho de 2022)** - discussão sobre a etiologia e a patogênese da Covid 19, também com Drª Dong Guoju. O vírus SARS-CoV-2 pode impactar em qualquer sistema corporal e afetar emocionalmente o indivíduo. Nessa palestra, aprendi um novo conceito em MTC: *Qi da praga*. Esse Qi pode estagnar toxinas e gerar umidade no corpo, como acontece no caso de algumas complicações da Covid 19, como a pneumonia e edemas em diferentes partes do corpo.

**5º Seminário (dia 18 de junho de 2022)** - por questões técnicas foi prorrogado para ocorrer junto como o seminário final.

**10ª palestra (dia 18 de junho de 2022)** - discuti o processo de importação e de exportação de remédios da MTC, mostrando algumas dificuldades de aceitação destes remédios pelo resto do mundo e, também, as potencialidades para o comércio entre Brasil e China. Chamou-me a atenção o quanto algumas plantas, rotineiramente utilizadas no Brasil, são de alto valor na MTC, como a canela - uma das mais exportadas em 2019 - ano em que foram exportadas 202 mil toneladas de produtos de MTC (SIC). Outras plantas com potencial curativo são a cúrcuma e o gengibre. Yiu Zhihin, afirmou: *“os ricos recursos vegetais do Brasil se tornam o oceano azul para cooperação futura”*. O maior aprendizado nessa palestra foi saber que já existem três remédios e três fórmulas/prescrições tradicionais da MTC utilizados no tratamento integral da Covid 19, entre eles o fitoterápico injetável *Xuebjing*.

**11ª palestra (dia 18 de junho de 2022)** - palestra sobre métodos de proteção pessoal e precauções na saúde pública, com Zhang Cuizhen. De forma geral, reforçou a necessidade das medidas clássicas de biossegurança já conhecidas. No entanto, novamente, o decisivo não é saber, mas fazer o que se sabe. E nesse ponto, parece-me que o Brasil não fez a lição de casa. Destacou-se que as populações que mais demandam controle diário para controlar a pandemia de Covid 19, são: população portuária e de fronteiras, pessoas vindas do exterior, pessoas aglomeradas, hospitalizados, funcionários públicos, trabalhadores dos hospitais e pessoas de penitenciárias.

**12ª palestra (dia 21 de junho de 2022)** - abordou pesquisas sobre técnicas personalizadas de acupuntura do Hospital de Xiyuan, com destaque para o tratamento da pele com o método nano flor de ameixa (equipamento manual com micro agulhas comentado anteriormente), e o tratamento da enxaqueca e da

e da rinite com uso de um protocolo com acupontos que podem ser adotados na área da fonoaudiologia (e por outras áreas que atuam com essas disfunções), com efeito: acupontos Yintang, VG 20, IG 4, IG 20, C3, R7 e um ponto maxilar relacionado com o gânglio esfenopalatino.

**6º Seminário (22 de junho de 2021)** - seminário de encerramento com relatos de experiências de profissionais brasileiros e chineses com Acupuntura. Entre os relatos brasileiros, ressalto a conferência do Dr. Paulo César Varanda, que discutiu de forma precisa a fórmula de MTC *Lian Hua Qing Wen* como coadjuvante no tratamento da Covid 19. E a conferência da Dr<sup>a</sup> Flávia Calil, MTC e gestação, mostrando que a ginecologia é uma das áreas da MTC com grande produção de pesquisa e conhecimento acumulado. A meu ver, os pontos frágeis deste Fórum foram: 1) a tradução, que em alguns momentos foi relapsa e confusa - mas não comprometeu a qualidade do Fórum, e; 2) a participação rasa de algumas autoridades públicas/estatais do Brasil. Tais autoridades desperdiçaram a oportunidade em fazer um debate crítico sobre a importância da acupuntura para a saúde no Brasil. Em nenhum momento falaram sobre as nossas pesquisas científicas avançadas ou sobre quais esforços estão sendo feitos para desenvolver a parceria Brasil e China na área da MTC, em especial, para superar as frequentes judicializações sobre esta prática no país. No entanto, o fisioterapeuta e acupunturista Jaime Amador, professor do Instituto Federal do Paraná, fez uma retrospectiva histórica crítica da acupuntura no Brasil, nos representando muito bem.

Verifiquei, nesse Fórum, o quanto estamos no caminho certo no estudo e na assistência em MTC. Porém, ainda temos muito que aprender, em especial, na valorização das plantas medicinais brasileiras. A China nos ensina que, ao invés do confronto, a união entre a biomedicina moderna e a MTC é um caminho possível para melhorar a saúde brasileira, sendo necessário assumir a legitimidade do paradigma integrativo/natural da saúde.

Para concluir, a acupuntura brasileira está se desenvolvendo e tende, em futuro breve, a tornar-se uma ciência de alto nível.

## POEMAS PRESOS

*Por Viviane Mosé*

A maioria das doenças  
que as pessoas têm são poemas presos,  
abscessos, tumores, nódulos, pedras.

São palavras calcificadas,  
poemas sem vazão.

Mesmo cravos pretos, espinhas,  
cabelo encravado, prisão de ventre,  
poderiam um dia ter sido poema,  
mas não.

Pessoas adoecem da razão,  
de gostar de palavra presa.  
Palavra boa é palavra líquida,  
escorrendo em estado de lágrima.

Lágrima é dor derretida,  
dor endurecida é tumor.  
Lágrima é raiva derretida,  
raiva endurecida é tumor.  
Lágrima é alegria derretida,  
alegria endurecida é tumor.  
Lágrima é pessoa derretida,  
pessoa endurecida é tumor.  
Tempo endurecido é tumor,  
tempo derretido é poema.

E você pode arrancar  
os poemas endurecidos do seu corpo,  
com buchas vegetais,  
óleos medicinais,  
com a ponta dos dedos,

com as unhas.

Você pode arrancar poema  
com alicate de cutícula,  
com pente, com uma agulha.

Você pode arrancar poema  
com pomada de basilicão,  
com massagem, hidratação.

Mas não use bisturi quase nunca.

Em caso de poemas difíceis use a dança.

A dança é uma forma de amolecer  
os poemas endurecidos do corpo.

Uma forma de soltá-los das dobras,  
dos dedos dos pés, das unhas.

São os poemas-corte, os poemas-peito,  
os poemas-olhos, os poemas-sexo,  
os poemas-cílios.

Atualmente, ando gostando  
dos poemas-chão.

Pensamento-chão é grama  
e nasce do pé, é poema de pé no chão,  
é poema de gente normal, de gente simples,  
gente de Espírito Santo.

Eu venho de Espírito Santo. Eu  
sou do Espírito Santo,  
eu trago a Vitória do Espírito Santo.  
Santo é um espírito capaz de operar  
o milagre sobre si mesmo.



Acesse o vídeo



## Música para a Saúde do Corpo e da Mente

### *Músico e produtor musical Nery Júnior conta sobre o estilo Lo Fi Hip Hop, os benefícios do som para o relaxamento e sua participação em projeto sobre terapias sonoras*

É muito provável que em algum momento nos últimos dois anos você tenha buscado músicas para ajudar a focar no trabalho. Com tantas pessoas tendo que se adaptar às longas horas de trabalho remoto durante a pandemia, um estilo musical parece ter contribuído para relaxar e concentrar trabalhadores ansiosos: o Lo-Fi Hip-Hop. O músico e produtor Nery Pedro Bauer Júnior, de Santa Catarina, voluntário do Instituto de Audição, Terapias Integrativas e da Linguagem (Iatel), é um dos compositores desse estilo.

“O Lo-Fi Hip-Hop é como o nome fala: um Hip-Hop de fidelidade baixa [em referência ao termo em inglês *low fidelity*, relacionado à complexidade e qualidade do som]. Ou seja, uma música que imita características sonoras de qualidade baixa e usa isso como um significado. E nesses últimos dois anos ficou conhecida como música que ajuda no relaxamento, ajuda no foco”, explica o produtor.

O fato de não ter voz facilita esse processo de concentração, porque acaba sendo um som não intrusivo. O conceito Lo-Fi é uma oposição às gravações de alta fidelidade, que capturam sons com precisão. Nessa versão contemporânea, esse som une a estética Lo-Fi às batidas similares das do Hip-Hop. Na pandemia, o estilo acabou virando uma referência por transmitir tranquilidade e ser indicado para trabalhar, estudar ou mesmo para relaxar e pegar no sono.

### Música como ferramenta terapêutica

Para além da funcionalidade do Lo-Fi- Hip-Hop em tempos de *home office*, o fato é que a música tem efeito sobre o nosso comportamento. Um exemplo vem das academias de ginástica, onde são executadas músicas que ajudam as pessoas a manter o ritmo durante os exercícios. As próprias religiões também nos oferecem uma série de exemplos: ao longo da história, o som sempre foi usado como uma forma de conexão com o espiritual.

De acordo com Bauer Júnior, já é sabido pela ciência que o som interfere nos batimentos cardíacos. “Ele pode aumentar ou reduzir os níveis de cortisol, que é o hormônio do estresse”, explica o produtor. Nesse sentido, a música pode sim contribuir para a promoção da saúde.

“A música é usada pelos seres humanos há milênios. E também já é usada no processo de cura, ou em contexto terapêutico, há muitos séculos. E hoje em dia é aceita como uma terapia. É uma coisa subjetiva, a gente sente. A música nos ajuda de diversas formas, mesmo que seja para motivar em certos momentos”, diz Bauer Júnior.

Vale pontuar que a maneira como cada pessoa sente ou percebe o som é muito individual. “Cada pessoa vai senti-la de forma diferente, às vezes relacionando-a às suas próprias histórias pessoais. Mas claro, o andamento da música é um fator que pode promover a sensação de relaxamento. Músicas que têm elementos de repetição, por exemplo, tendem a relaxar mais. Isso porque a repetição evita o efeito ‘surpresa’”, observa o músico.

### Pesquisa em Terapia Sonora

Além de músico e produtor, Nery Pedro Bauer Júnior é pesquisador do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Práticas Integrativas na perspectiva da Medicina Tradicional Chinesa (GEFA-MCT), fundado em 2016 no Iatel. No ano passado, ele participou do projeto de pesquisa “Zumbido: Tratamento com Terapia Sonora e Acupuntura”, desenvolvido pelo GEFA-MCT. Nery foi responsável por produzir as terapias sonoras para o projeto.

“O zumbido é uma doença que afeta milhares de pessoas, às vezes chega a ser incapacitante. Gera ansiedade, dores de cabeça, depressão. Para esse projeto, criamos sons usando as mesmas frequências do zumbido, como se a música se encaixasse no zumbido”, explica o produtor.

Essas músicas, ou terapias sonoras, foram criadas para cada paciente, a partir das frequências e intensidades-alvo do zumbido, com sons da natureza. Para isso, o produtor musical utilizou a técnica de corte de frequência-alvo. Os pacientes então registraram sensações e percepções relacionadas ao zumbido após ouvir a terapia. “Os resultados foram positivos. Nesse primeiro momento, realizamos o estudo em um grupo pequeno. Foram seis pacientes, sendo que três deles receberam terapia sonora e outros três receberam placebo, ou seja, músicas sem nenhuma edição. O que é bacana dessa experiência é que esse pode ser um tratamento barato, feito em casa, usando o próprio celular e um fone de ouvido”, conta o pesquisador.

Um outro ponto relevante, segundo Nery, foi o fato de que todos os pacientes que participaram da pesquisa, independentemente de terem recebido placebo ou não, relataram bem-estar ao fazer o tratamento. “Isso mostra como a música sempre ajuda”, conclui.

## Dietoterapia Chinesa para a Saúde Auditiva

### Dra Kátia Da Boit Martinello fala sobre os benefícios dos alimentos à luz da Medicina oriental para equilibrar corpo, mente e espírito.

Mais do que tratar uma doença, a medicina chinesa propõe a promoção da saúde e a prevenção de patologias a partir de uma visão integral do ser humano. Para a **Dra. Kátia Da Boit Martinello**, esse é um dos principais aspectos das práticas orientais. Nesta entrevista, a professora e pesquisadora explica o que é dietoterapia chinesa e como pode ser benéfica para pessoas com problemas auditivos. Kátia é formada em fisioterapia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), doutora em medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e doutora em medicina endocrinológica com ênfase em obesidade e nutrição pela Universidade de Santiago de Compostela (Espanha). É também especialista em Acupuntura e acupunturista e sócia do Instituto Inanis. Leia na íntegra:

**Eco Ciência e Saúde:** o que é dietoterapia chinesa? E quando surgiu?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** a dietoterapia chinesa utiliza os alimentos tanto para prevenção quanto como método para tratar doenças. Surgiu junto com a medicina chinesa, há mais de 2 mil anos. Vale pontuar que essa era uma das terapias mais importantes da época. Antigamente, o médico mais importante não era o cirurgião, mas sim aquele que trabalhava com as dietas.

**Eco Ciência e Saúde:** a dietoterapia pode auxiliar na promoção da saúde auditiva? Como?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** pode auxiliar de duas maneiras. Como uma terapêutica de prevenção e como uma terapêutica complementar a outros tratamentos ocidentais. A prática da dietoterapia é muito semelhante à acupuntura. Por exemplo: nós selecionamos os pontos relacionados a órgãos específicos. O problema auditivo dentro da medicina chinesa está relacionado a uma deficiência energética dos rins. Uma alimentação adequada, portanto, ajuda a prevenir um desequilíbrio energético nesse órgão. Consequentemente, prevenimos problemas auditivos. Caso uma pessoa já tenha algum problema auditivo, utilizamos alimentos que vão nutrir os rins. Nós vemos a dietoterapia um pouquinho de forma diferente da maneira como a medicina ocidental vê. Enquanto que no Ocidente se olha para macronutrientes, micronutrientes, as vitaminas e sais minerais, por exemplo, nós trabalhamos de forma energética com os alimentos por meio das cores, sabores, formas e também afinidade dos órgãos com cada alimento.

**Eco Ciência e Saúde:** Além da perda auditiva, quais são os outros sinais de que a energia nos rins não está bem?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** são vários sinais. Entre eles estão as disfunções sexuais, como baixa de libido, disfunções endócrinas, osteoporose, hipertensão, cálculos renais, fadiga crônica, lombalgia, dores no joelhos e edemas, entre outros. É importante lembrar que os rins ajudam a mover os líquidos corporais. Em geral, problemas do trato urinário e nas genitais, tanto masculina quanto feminina. Questões ligadas à fertilidade, medo, pânico, perda de força de vontade... Tudo isso pode ser indicador de problemas nesse órgão.

**Eco Ciência e Saúde:** Qual é a diferença entre um problema energético e um problema fisiológico?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** Quando eu falo sobre o problema de deficiência energética dos rins, trago a perspectiva da medicina chinesa, que percebe não apenas as funções fisiológicas de um órgão, mas também suas funções energéticas. Quando temos uma patologia, isso significa também desequilíbrio energético

— que pode ser deficiência ou excesso de energia. Por isso, buscamos equilibrar. As energias principais, por exemplo as que a gente utiliza muito, é a relação do *yin-yang*, que são energias opostas que se complementam. Quando uma pessoa é saudável, essas duas energias estão em equilíbrio. Por outro lado, se tem algum problema de saúde, a gente pode ter um excesso ou uma deficiência de uma ou de outra.

**Eco Ciência Saúde:** Qual é a visão da medicina chinesa a respeito das doenças?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** a medicina chinesa, em primeiro lugar, entende o ser humano como um todo: mente, corpo e espírito. O surgimento de uma doença representa um desequilíbrio energético. Temos algumas teorias. Uma delas é a do *Yin-Yang* — temos o “*Chi*”, que é a energia vital resultante do equilíbrio entre *Yin-Yang*. Existe ainda a teoria do sangue, a teoria dos ruídos corporais [...] Sempre que houver um desequilíbrio interno, isso vai afetar a energia. Temos a teoria dos Cinco Elementos, que é uma extensão do conceito de *Yin-Yang*. Nesse sentido, os desequilíbrios podem ocorrer por três tipos de fatores diferentes: os fatores internos (emoções), os externos e outras causas. Dentro dessa teoria simples dos Cinco Elementos (fogo, terra, metal, água e madeira), nós temos como principais influências internas o medo, a raiva, o excesso de alegria, o excesso de pensamento, as preocupações. Essas emoções podem “danificar” os órgãos com as quais têm afinidade. Por exemplo, o medo corresponde ao elemento água. Ele vai afetar o rim e, conseqüentemente, causar distúrbios auditivos. E assim por diante. Nós temos os fatores externos, que seriam os fatores ambientais como vento, o frio, a umidade, a secura, o calor. Claro, existem fatores que não estão relacionados às emoções ou questões internas, como traumas, quando sofre um acidente, uma picada de um mosquito, uma queimadura. Vale pontuar que a alimentação é um dos fatores que não é interno (emoção) nem externo (questões do ambiente), mas que pode levar a muitas doenças. Se eu comer muito sal, por exemplo, isso vai fazer mal para os rins.

**Eco Ciência Saúde:** Como um profissional que atua com medicina chinesa pode avaliar e orientar sobre alimentação?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** Em primeiro lugar, é preciso entender a natureza de cada pessoa a partir da coleta de informações individuais. São feitas perguntas sobre os hábitos de vida dessa pessoa, o que ela costuma comer ou mesmo o que deixa de comer. A observação do indivíduo como um todo, desde a coloração da base dos olhos até a análise da língua do interagente. Claro que hoje nós temos métodos mais avançados, mas esses seriam os mais clássicos. A partir daí, podemos traçar um tratamento por meio da dietoterapia.

**Eco Ciência Saúde:** Quais são os três níveis considerados em uma pessoa doente?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** nós consideramos sempre o corpo, a mente e o espírito do nosso interagente. A avaliação é feita em função disso. Não é como na medicina ocidental, em que um cardiologista, por exemplo, olha somente para os problemas cardiológicos. Muitas vezes, uma dor pode ser proveniente de uma alteração emocional, de um mau hábito alimentar. Até o frio é levado em consideração. A temperatura baixa afeta os rins e uma pessoa pode ter uma dor a partir disso. Quem não conhece alguém que sabe quando vai chover porque sente dor em alguma articulação? A medicina chinesa, portanto, enxerga o ser humano como um todo.

**Eco Ciência e Saúde:** Quais são os alimentos usados para tratar os problemas auditivos de forma geral?

**Dr<sup>a</sup> Kátia:** É interessante levar em consideração as estações do ano e consumir os vegetais disponíveis em cada época. Além disso, optar por alimentos que “esquentam”, principalmente no inverno. Existem ainda os alimentos relacionados a cada órgão, independentemente da época do ano. Em geral, eles seguem a lógica da mesma forma. O feijão, por exemplo, lembra o formato dos rins. As cores são levadas em consideração. Dentro da visão da medicina chinesa, os rins estão relacionados aos alimentos de cores escuras, como o gergelim preto, a soja negra. Também se pode consumir alimentos com funções energéticas sobre esse órgão, como os alimentos salgados. Se eles forem em excesso, danificam. Mas se for na medida adequada, vão nutrir os rins. Nessa linha, temos os frutos do mar, peixes e as algas. Junto deles, sempre combinar com cereais integrais.

A soja e os alimentos fermentados, como missô e a kombucha, são ótimos. Nozes, sementes e oleaginosas também são indicadas. As sementes, na visão da medicina chinesa, contêm a essência da vida. O rim é um órgão que armazena a essência, a nossa energia ancestral. O que evitar: alimentos frios — não apenas “gelados”, mas alimentos considerados frios pela medicina chinesa. É o caso da banana. Caso queira ingerir, a dica é utilizar de outra forma, como assada com canela (que aquece) por exemplo. Os doces devem ser evitados, principalmente sorvete. Procure não consumir alimentos recém-tirados da geladeira. Para os rins, prefira alimentos que passem por processo de cozimento mais longos, como sopas e caldos. Evitar alimentos que sejam frios, principalmente no período da noite. A proteína animal é bem vista na medicina chinesa — não em excesso, claro. Mas no inverno é bom fazer o consumo da proteína animal, sendo bem cozida. Evitar chás frios. A hortelã é mais fresca, então pode ser evitada no inverno. Dê preferência por chá de canela, de gengibre, de ginseng. Esses são chás que vão aquecer o nosso corpo



## MARCIALIDADE, PENSAMENTO ORIENTAL E A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA. MARTIALITY, ORIENTAL THOUGHT AND THE SPEECH THERAPY CLINIC.

*Emerson da S. Júlia.*

Nos dias 24 e 25 de março de 2022 a Revista Eco Ciência e Saúde entrevistou o fonoaudiólogo Emerson da Silva Júlia, formado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pós-graduando em Acupuntura pelo Instituto Brasileiro de Terapias e Ensino (IBRATE). Emerson é faixa roxa de Kung Fu estilo Choy Lay Fut Shaolim do sul, praticante desta arte marcial desde os 10 anos de idade. Tornou-se instrutor de Kung Fu e Boxe Chinês e a Fonoaudiologia não foi uma nova escolha profissional, mas uma evolução do que já fazia – como nos explica Emerson na entrevista. No Instituto de Audição - Terapias Integrativas e da Linguagem, organização não governamental, situada em Florianópolis/SC, ele tem se dedicado a aplicar o conhecimento oriental da marcialidade e da acupuntura na clínica fonoaudiológica infantil, de forma inter e transdisciplinar. A cada dia esse trabalho ganha mais repercussão entre as famílias, as crianças e os profissionais. Profissional jovem, curioso por novos conhecimentos e dedicado, Emerson é um desses raros profissionais que exerce a fonoaudiologia para além da perspectiva biomédica mecanicista - voltada exclusivamente para a patologização de qualquer sintoma fonoaudiológico. Vamos conhecer um pouco mais sobre essa história.

**Eco Ciência e Saúde:** como foi a sua aproximação com a marcialidade?

**Emerson:** desde a infância estou integrado às artes marciais, influenciado pelos desenhos de super-heróis e os filmes e séries de ação. Mas o primeiro contato real ocorreu através de alguns amigos que me apresentaram a Arte Marcial da Capoeira. Eu era bem jovem, fazia aulas na escola através de um projeto extracurricular. Aos 10 anos, na saída da escola, recebi um folder com a propaganda de uma academia de kung-fu e começou aí a minha relação com essa arte marcial chinesa. Encantei-me pela filosofia de treino, que me auxiliou tanto na autoestima quanto na comunicação. Treinei por 7 anos e tornei-me instrutor graduado para ministrar aulas.

**Eco Ciência e Saúde:** e como aconteceu a migração para a Fonoaudiologia?

**Emerson:** De alguma forma a Arte Marcial, em especial o Kung Fu, está envolvido com a saúde - área que sempre tive interesse, sobretudo, para trabalhar com crianças como já fazia na função de instrutor de Kung Fu. Assim, na época, a escolha pela Fonoaudiologia acabou sendo a opção que melhor se encaixava à minha filosofia de vida, influenciada pelo Kung Fu. As artes marciais foram de grande importância na minha infância e para formação da minha autoestima, gostava muito de ensinar as crianças, isso me realizava. Não queria perder essa relação e a Fonoaudiologia complementou essa possibilidade de ajudar o próximo na construção do seu próprio caminho.

**Eco Ciência e Saúde:** como você se despertou para as práticas integrativas e complementares de saúde, em especial, a Acupuntura?

**Emerson:** algumas coisas realmente parecem destino. O meu contato desde criança com o kung fu e, portanto, com a filosofia oriental, não estava dissociado do debate sobre os métodos orientais de cura, como a meditação, as respirações marciais, autoconsciência e formação de caráter, entre outros. E isso está diretamente relacionado com as práticas integrativas e complementares de saúde, ou melhor, são práticas integrativas e complementares de saúde orientais. Mas no meu primeiro dia na faculdade de fonoaudiologia assisti uma palestra com o mestre Roberto Pacheco, fonoaudiólogo e acupunturista, e naquele dia já sabia que esse era o caminho que seguiria depois de formado. Tudo seria uma questão de tempo até estar formado para atuar com as práticas integrativas e complementares de saúde e a acupuntura, assumindo-as como atividade profissional conjuntamente com a fonoaudiologia.

**Eco Ciência e Saúde:** como a marcialidade e as práticas integrativas se interligam na clínica fonoaudiológica?

**Emerson:** a marcialidade está integrada a clínica fonoaudiológica praticamente ajudando-nos no contato com o paciente, nos preparando para perceber as suas reais necessidades. O kung Fu me ensinou a conviver com as limitações e talentos das crianças de maneira livre. Conseguimos avaliar de maneira precisa os movimentos corporais e as percepções da própria criança sobre esses movimentos. A universidade, muitas vezes, nos limita, enquadrando a criança como um paciente a ser interpretado por uma teoria específica ou até mesmo avaliado exclusivamente por um protocolo técnico. A visão ampliada sobre o ser ocorre nas experiências e na reflexão sobre a sua visão de mundo. E isso eu tive no kung fu, principalmente no trabalho com as crianças. A interação que tinha com as crianças nas aulas de Kung Fu me qualificou para as relações interpessoais com esse público. Já as práticas integrativas e complementares de saúde vão além, envolvem uma filosofia e um estilo de vida diferente dos conceitos ocidentais sobre saúde e doença, associada a relação do indivíduo com o meio. Portanto, as práticas integrativas e complementares, como a acupuntura, modificam a sua prática clínica e a sua maneira de entender o mundo. Por exemplo: a visão sobre o corpo de um paciente como um sistema integral, as relações entre as expressões e até entre as comorbidades. Na acupuntura relacionamos natureza – vida e a saúde. A indicação de tratamento não se resume a aplicar um exercício mecânico, mas na busca em adaptar corpo e mente. Ao alinharmos esses aspectos (conhecimento que adquiri apenas com a acupuntura) temos um resultado mais assertivo, amplo. Tratamos naturalmente o corpo e modificamos o comportamento e as relações, por consequência a linguagem - muitas vezes a principal queixa na fonoaudiologia. Podemos usar pontos de liberação energética com base no conhecimento médico tradicional chinês para potencializar os resultados fonoaudiológicos na terapia.

**Eco Ciência e Saúde:** qual o diferencial na sua clínica após o início com as práticas integrativas e complementares de saúde e a pós em acupuntura?

**Emerson:** normalmente o diagnóstico clínico fica restrito ao corpo ou ao comportamento, a pessoa é segmentada. Já nas práticas integrativas e complementares há uma noção de integralidade. Por exemplo, as associações entre a coluna a língua, a respiração e a fala, entre outros.

Desta forma, a análise e a interação com os pacientes ficam mais precisas. Muda a perspectiva de como o profissional observa o problema, entendendo-o como um sintoma em evidência, e não como a causa real ou o problema a ser trabalhado.

**Eco Ciência e Saúde:** fale-nos mais sobre essa magnífica correlação entre a coluna, respiração, fala e língua na clínica?

**Emerson:** há uma íntima ligação entre a respiração e a fala. Isso todo fonoaudiólogo entende ou deveria entender e saber correlacionar. Mas uma alteração de coluna também pode, por exemplo, oprimir pulmões e intestinos causando uma descoordenação respiratória e, conseqüentemente, afetando a fala. Pode chegar uma pessoa ao consultório com queixa de “fala incompreensível”, por exemplo, relacionado com essa questão. Um fonoaudiólogo com conhecimento em acupuntura poderá inserir no seu tratamento uma prática como a meditação e auxiliar no alinhamento da coluna, na desobstrução intestinal e na melhora da respiração, fazendo com que a fala/linguagem fique melhor, sem que para isso tenha utilizado os clássicos exercícios fonoaudiológicos.

# II FONOPICS

Fonoaudiologia e Práticas Integrativas de Saúde

**20 a 24 de Junho - 2022**

*O único congresso do mundo voltado para esse debate*

# Online

**Gratuito para associados GEFA-MTC**

ASSOCIE-SE [www.gefamtc.org](http://www.gefamtc.org)

**PALESTRAS  
MESAS REDONDAS  
APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS  
CURSOS**

**5 DIAS DE APRENDIZAGENS E  
TRANSFORMAÇÕES**

**AS MAIORES AUTORIDADES DO PAÍS E  
PESQUISADORES RENOMADOS NA ÁREA**

CONFIRA PROGRAMAÇÃO  
[www.even3.com.br/fonopics2022](http://www.even3.com.br/fonopics2022)

EM PROL DO IATEL

**PRÊMIO  
ECO -CIÊNCIA E SAÚDE  
PARA OS MELHORES  
TRABALHOS**



"Congregando talentos,  
ideias e ações na construção  
de um mundo melhor"



**INFORMAÇÕES**  
48 - 991897256  
[gefamtc@gmail.com](mailto:gefamtc@gmail.com)

**INSCRIÇÕES**  
[www.gefamtc.org](http://www.gefamtc.org)  
[www.even3.com.br/fonopics2022](http://www.even3.com.br/fonopics2022)

De 20 a 24 de Junho de 2022 acontecerá o **II Fono e PICS - ONLINE** - pela plataforma even 3 [www.even3.com.br/fonopics2022](http://www.even3.com.br/fonopics2022) Esse Congresso é uma produção do Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (GEFA-MTC), em prol do Instituto de Audição, Terapias Integrativas e da Linguagem (IATEL). A programação conta com palestras, mesas redondas e minicursos inéditos, assim como sorteios de brindes . Os melhores trabalhos concorrerão ao prêmio Eco - Ciência e Saúde.

Participe!

Acesse o QR code e associe-se ao GEFA - MTC para obter a gratuidade. Além de outros benefícios.



Vídeo de Lançamento





CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA



Parecer CFFa nº 45, de 15 de fevereiro de 2020

"Dispõe sobre o uso profissional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) por fonoaudiólogos".

A Comissão de Saúde, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

Considerando a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que regulamenta a profissão do fonoaudiólogo;

Considerando o Código de Ética da Fonoaudiologia;

Considerando a Resolução nº 610, aprovando o parecer Técnico nº 454/2018, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia;

Considerando a Portaria nº 702/GM/MS, de 21 de março de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC);

Considerando a Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018;

É de Parecer que:

- 1) O fonoaudiólogo é o profissional que integra as equipes multiprofissionais na lógica de Redes de Atenção à Saúde, conforme preconizado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Resolução nº 4.279/2010.
- 2) O fonoaudiólogo deve implementar o uso das PICs, desde que tenha formação necessária para a PIC específica e que esteja utilizando-a dentro do conceito de atenção e cuidado à saúde das pessoas;
- 3) De acordo com o Anexo I, da Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018, o fonoaudiólogo está habilitado a aplicar acupuntura, fitoterapia, outras práticas em medicina tradicional chinesa, práticas corpo-mente, termalismo/crenoterapia, antroposofia aplicada à saúde, práticas expressivas, ayurveda, práticas naturais, práticas manuais, práticas psicodinâmicas, aromaterapia, imposição de mãos;
- 4) De acordo com o Anexo II, da Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018, o fonoaudiólogo está habilitado para realizar sessão de biodança, sessão bioenergética, sessão de constelação familiar, sessão de dança circular, sessão de termalismo, sessão de apiterapia, sessão de aromaterapia, sessão de cromoterapia, sessão de geoterapia, sessão de hipnoterapia, sessão de imposição de mãos, sessão de terapias de florais, tratamento homeopático, tratamento fitoterápico, tratamento antroposófico, tratamento ayurvédico, tratamento em medicina tradicional chinesa;



SRTV5 - Q. 701 - Ed. Palácio do Rádio II Sala 6048/30  
 CEP: 70.340-902 - Brasília - DF  
 Fone: (011) 3322-3332 Fax: (011) 3321-3946  
[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br) [fono@fonoaudiologia.org.br](mailto:fono@fonoaudiologia.org.br)

O Conselho Federal de Fonoaudiologia editou o **parecer nº 45, de 15 de fevereiro de 2020**, que dispõe sobre o uso das práticas integrativas e complementares de saúde (PIC) no âmbito da Fonoaudiologia, em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS), de 2006. O respectivo parecer afirma, entre outras coisas, que o fonoaudiólogo deve implementar o uso das PICs, desde que tenha formação necessária para a PIC específica e que esteja utilizando-a dentro do conceito de atenção e cuidado à saúde das pessoas. Portanto, o parecer 45 favorece os fonoaudiólogos que se dedicam às PICS e inclui, definitivamente, a Fonoaudiologia no amplo e complexo debate sobre a importância dessas ciências/práticas para uma saúde mais equânime, humanizada, eficaz e integral. Desta forma, não ganha só a Fonoaudiologia, ganha a saúde e a sociedade. Entretanto, há necessidade em se fazer uma ampla discussão sobre esse tema com a classe.

Leia o parecer na íntegra acessando QR CODE abaixo.



PARCEIRO





## **ECO CIÊNCIA E SAÚDE**

**CONGREGANDO TALENTOS IDEIAS E AÇÕES NA CONSTRUÇÃO DE UM MONDO MELHOR**