



## CONTRIBUIÇÕES DA OSTEOPATIA PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### OSTEOPATHIC MEDICINE CONTRIBUTIONS TO MULTIDISCIPLINARY TEAMS OF PRIMARY HEALTH CARE

Leonardo Mozzaquatro Schneider  
Charles Dalcanale Tesser  
Universidade Federal de Santa Catarina

#### RESUMO

A osteopatia foi oficialmente reconhecida como Prática Integrativa e Complementar (PIC) recentemente no Sistema Único de Saúde (SUS); e, como tal, sua inserção foi incentivada na atenção primária à saúde (APS). Este ensaio apresenta e discute algumas relações da osteopatia com a APS, enfocando conhecimentos e técnicas osteopáticas que podem contribuir para o fortalecimento de aspectos comuns a ambas.<sup>1</sup> Tais contribuições incluem: a ênfase em tecnologias leves, compreendendo a qualidade da avaliação clínica, bem como da relação de cuidado, no sentido da construção de estratégias terapêuticas e narrativas capazes de esclarecer e instrumentalizar sobre questões fisiológicas, que incluam mecanismos endógenos de auto-regulação; um melhor equilíbrio frente a proeminência de tecnologias duras e leves/duras, protocolos e uso excessivo de exames diagnósticos na APS, facilitando uma diversificação interpretativa e terapêutica, com utilização crítica de evidências e sinais fisiológicos sem perder de vista o indivíduo como um todo; evitação do excesso de medicalização do cuidado, acentuado pelo comum compartilhamento de crenças e prognósticos catastróficos, que inibem o tempo, o interesse e o estímulo à auto-regulação necessários à dissolução de prognósticos excessivamente sombrios.

**Palavras-chave:** Medicina Osteopática. Atenção Primária à Saúde. Terapias Complementares. Catastrofização. Medicalização.

<sup>1</sup> Esta pesquisa não recebeu nenhuma forma de financiamento.



## ABSTRACT

Osteopathy was officially included in the Brazilian public health system (SUS) in the context of multi-professional teams in primary health care (PHC). This essay presents and discusses some relationships between osteopathy and PHC, specifically focusing on osteopathic knowledge that may contribute to the strengthening of common aspects in both. Possible contributions include the emphasis on light technologies, including the quality of clinical relationship. This includes narratives and strategies that promote patient autonomy facing their health problems by clarifying about physiological issues and symptoms among endogenous mechanisms of self-regulation, which is rare in conventional biomedical knowledge. This takes into account interpretive and therapeutic diversification, including critical use of evidence and physiological signals without losing sight of the individual as a whole even when facing memories of a model of care centered on pathology and inflexible protocols. Thus it acts in the phenomenon of social medicalization, sometimes accentuated by a sharing of beliefs and catastrophic prognoses, leading to adherence to specialized protocols, without enough time, interest and the specific stimulus for its dissolution.

**Keywords:** Osteopathic Medicine. Primary Health Care. Catastrophizing. Complementary Therapies. Medicalization.

## INTRODUÇÃO

A osteopatia pode ser definida como um sistema de cuidados à saúde centrado na pessoa, que inclui um senso altamente desenvolvido de toque como um componente significativo de estabelecimento de diagnóstico e conduta terapêutica. Ela inclui um entendimento avançado da relação entre estrutura e função corporal e é aplicada para otimizar as capacidades de autorregulação, por meio de mecanismos endógenos (OIA, 2013).

Nos Estados Unidos da América (EUA), seu berço originário, a osteopatia é hoje uma formação médica, as escolas de medicina osteopática recebem dupla certificação de graduação sendo que os profissionais são reconhecidos e regulamentados tanto pelos conselhos médicos como *Medical*



*Doctor* quanto pelos conselhos de Osteopatia como *Doctor of Osteopathic Medicine*. Em outros países como Inglaterra, Nova Zelândia, Austrália e França é considerada uma profissão de nível superior, porém a formação não está atrelada a uma formação médica. Ambos os casos têm em comum o uso de Técnicas Manuais Osteopáticas (TMO) e a aplicação dos ‘princípios osteopáticos’, como referência para a conduta clínica, entretanto aqueles com formação médica prescrevem medicações e realizam procedimentos cirúrgicos como qualquer outro médico, enquanto os demais não o fazem. Independente do modelo de formação, a prática sempre teve uma proximidade com a atenção primária, no sentido do primeiro cuidado, do olhar generalista centrado na pessoa e como organizador do cuidado longitudinal. Nos EUA escolas de osteopatia não só apresentam sua identidade atrelada a APS, como constituem uma porção vital da mão de obra nos sistemas de saúde nas áreas rurais, onde naturalmente, os profissionais necessitam de abordar a maioria das queixas através de uma abordagem generalista por não ter oferta de tantas especialidades como nos grandes centros (FORDYCE *et al.*, 2012). Conforme constatado por Miller (2006), ser formado em escolas de osteopatia aumenta em 2,3 a 2,5 vezes a preferência de profissionais por atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS). O relatório publicado pela *Osteopatia International Alliance* (OIA), em 2014, apontou que embora os médicos osteopatas Norte Americanos, tenham a livre escolha entre especialidades médicas, cerca de 60% atua em especialidades de APS como generalistas (OIA, 2014; STILL, 1899).

Recentemente nos EUA, a osteopatia tem intensificado sua aproximação com escolas de medicina alopáticas e um dos efeitos imediatos dessa aproximação foi um distanciamento gradual da APS, bem como das TMO (SHANNON, 2009; PAULUS, 2013). Pesquisadores deste fenômeno ressaltam que para que a osteopatia continue contribuindo para o bem estar da população, ela deva se manter essencialmente na APS. Consideram também a importância de um esforço com foco na diferenciação da osteopatia em relação à biomedicina e fortalecimento de seu vínculo com a APS. Defendem que sejam revisitadas suas origens, particularidades e estilo clínico, no intuito de nortear o desenvolvimento de novos contextos de educação, intervenção e produção de conhecimento científico (PAULUS, 2013; ORESTEIN, 2017; LICCIARDONE, 2007).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a osteopatia foi oficialmente reconhecida como Prática Integrativa e Complementar (PIC) recentemente, e como tal, incentivada sua inserção na APS



(BRASIL, 2017). Essa entrada no SUS é recente e pode se desenvolver em várias direções. As experiências iniciais estão ocorrendo por iniciativa de fisioterapeutas em serviços ambulatoriais especializados e sem conexão com a APS (SOUSA; TESSER, 2017). Provavelmente isso está associado à dificuldade da osteopatia de se expressar em sua abrangência, pois, no Brasil esta prática vem sendo realizada quase que exclusivamente por fisioterapeutas desde o início de sua entrada no país. Desta forma, a inserção da osteopatia no sistema de saúde no Brasil possui a particularidade de geralmente ocupar espaços estabelecidos para a prática da fisioterapia, assumindo condutas e atribuições típicas dessa profissão. Por isso, tende-se a inseri-la na atenção secundária ou terciária à saúde, voltada mais comumente à reabilitação de problemas músculo-esqueléticos (SOUSA; TESSER, 2017).

Este ensaio apresenta e discute algumas similaridades da osteopatia com o campo da APS, enfocando especificamente aspectos da APS para os quais o conhecimento e as técnicas osteopáticas podem contribuir, fortalecendo-os. O texto está organizado articulando e relacionando temas dos dois campos de saber/prática: os princípios basilares da osteopatia e os atributos da APS, conforme o modelo de APS desenvolvido por Starfield (2004), referência para a construção do modelo brasileiro de APS, e destaca aspectos onde existem relevantes afinidades eletivas entre APS e a osteopatia (TESSER; SOUSA, 2012).

## **DESAFIOS E MOTIVAÇÕES (PARCIALMENTE) SEMELHANTES**

Embora nascidas em épocas distantes, a osteopatia e a APS se constituem a partir de críticas à clínica biomédica, que, com efeito, as aproximam. Still (1899), médico criador da osteopatia no fim do século XIX, era ferrenho combatente de intervenções exógenas (farmacológicas), típicas de biomedicina. Acreditava que a osteopatia era um sistema independente da medicina, que poderia ser aplicado a todas as condições de saúde. No início de seu primeiro livro, *Philosophy of Osteopathy*, Still (1899) distancia a osteopatia da prática clínica convencional, baseada em fármacos e outras intervenções exógenas, e observa que a prática médica de seu dia-a-dia era ineficaz e às vezes prejudicial ao paciente: “ao invés de obter melhoras, obtive muitos danos com isso ... as drogas e eu estamos tão longe quanto o Oriente está do Ocidente; agora e para sempre” (STILL, 1899, p.8).

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v.05, fluxo contínuo (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 95-119.*





A APS, muito mais tardiamente, nasce da necessidade de superar deficiências da biomedicina, muito especializada, cara, intervencionista e fragmentada no cuidado (STARFIELD, 2004). Ela procura responder às crises decorrentes da elevação dos gastos em saúde, do insuficiente impacto do modelo médico hegemônico na melhoria de qualidade de vida e saúde da população e ao aumento das iniquidades sociais em saúde (WALT, 1998). Em paralelo a isto as mudanças no padrão de morbimortalidade, com diminuição das doenças infectoparasitárias e aumento das crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011; MENDES, 2010) tem imposto novos desafios à organização dos cuidados clínicos, que a APS tem sido reconhecida como potente para enfrentar (STARFIELD, 2004), incluindo a redução dos danos iatrogênicos frequentes e importantes motivação também do fundador da osteopatia (MAKARY; DANIEL, 2016).

## UMA TECNOLOGIA ADEQUADA À APS

A importância dada às chamadas ‘tecnologias leves’ na APS em geral e no Brasil, com ênfase na relação interpessoal em detrimento de um tecnicismo duro, com ênfase em equipamentos e protocolos, permeia diversas afinidades eletivas entre a osteopatia e a APS (MERHY, 2000).

O conhecimento osteopático fundamenta-se em três princípios: 1) o corpo é uma unidade integrada; 2) o corpo possui capacidade de autorregulação e auto cura; 3) estrutura e função se inter-relacionam (PAULUS, 2013). A APS, por sua vez, tem como seus atributos várias características: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Na APS, o aspecto relacional entre profissional e usuário é imprescindível para a construção de um vínculo essencial que possibilite uma relação longitudinal do cuidado, servindo de elo entre as demandas e recursos terapêuticos ao longo da vida. A APS, vista como centro dos cuidados profissionais biomédicos, prevê uma relação com outras especialidades e outros setores da sociedade, se aprofunda no conhecimento do outro, investigando a gênese dos problemas, no conhecimento da família, da cultura, da comunidade, envolvendo uma integralidade com promoção de saúde, prevenção de agravos, cuidado clínico (cura) e reabilitação (STARFIELD, 2004).



Starfield (2011), defende uma relação de cuidado centrado na pessoa, o que leva a considerar a perspectiva do usuário sobre sua realidade, suas queixas e suas estratégias de cuidado, bem como a tomada de decisão compartilhada, com consequente postura mais participativa por parte do usuário e melhores desfechos de saúde.

O primeiro princípio da osteopatia indica a necessidade de se compreender o ser humano como um todo integrado em seu contexto, e ressoa convergindo com os atributos da APS, principalmente no que se refere a abordagem centrada na pessoa, à integralidade e à discussão sobre a necessidade de uma clínica ampliada na APS do SUS (CAMPOS, 2003; STEWART *et al.*, 2010). Embora a generalidade desse princípio osteopático possa ser considerada, a uma primeira e superficial vista, um apelo discursivo genérico e um lugar comum ‘politicamente correto’ na área da saúde, ele não deve ser subestimado. Suas respectivas práticas clínicas pressupõem tacitamente as características desejáveis acima e as concretizam em significativa medida, conforme evidenciado adiante. Isso mostra a convergência na prática clínica (para além da teoria) da osteopatia com as necessidades de qualidade relacional e de abordagem clínica explicitadas nas discussões da APS e da saúde coletiva. Estudos empíricos apontam para a concretude deste princípio nos atos clínicos dos osteopatas (STRUTT *et al.*, 2008; LICCIARDONE *et al.*, 2002; CAIRNEY *et al.*, 2012; ORROCK, 2016).

Escolas médicas osteopáticas nos EUA dão maior ênfase ao desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal quando comparadas com as escolas médicas convencionais ou alopáticas (EARLEY; LUCE, 2010). Os osteopatas são significativamente mais propensos do que seus pares alopáticas a descrever as suas condutas como sendo mais sócio emocionais, que tecnocientíficas (PETERS *et al.*, 1999). Médicos osteopatas são mais propensos a usar o primeiro nome dos pacientes, explicar fatores etiológicos e discutir os aspectos sociais, familiares e emocionais das doenças que seus colegas alopáticas (CAREY *et al.*, 2003). Os osteopatas consideram a abordagem osteopática essencialmente voltada à APS, baseada no uso de técnicas de manipulação e na relação médico-paciente, adotando uma conduta centrada na pessoa e um estilo clínico influenciado pelo contato físico, nomeado como “*hands-on style*” (JOHNSON; KURTZ, 2002). Para os usuários, a prática osteopática considera uma visão ampliada do fenômeno saúde-doença e inclui estratégias de educação e tomada de decisão compartilhada nos atos clínicos (ORROCK, 2016). Na perspectiva de



estudantes e profissionais osteopatas a prática se mantém associada a uma abordagem holística (CAIRNEY, 2012).

## FOMENTO DO ENTENDIMENTO MÚTUO E DA AUTONOMIA

A osteopatia e a APS apresentam em seu arcabouço tecnológico uma ênfase na construção de tecnologias leves que consigam promover autonomia, no sentido da conquista de habilidades que instrumentalizem os sujeitos para o manejo de suas próprias questões de saúde, sejam elas relacionadas a doenças ou a conquista/manutenção de boa qualidade de vida. O segundo princípio osteopático refere-se a isto na medida em que considera a capacidade inerente do organismo de se autocurar ou encontrar caminhos de adaptação, evidenciando um olhar fisiológico sobre a saúde e não apenas sobre a doença. Este princípio, juntamente com as técnicas manuais osteopáticas, aproxima a osteopatia de condutas que favorecem mecanismos de regulação, recuperação e autocura endógenos, como é comum em várias medicinas alternativas e complementares ou PIC (LEVIN; JONAS, 2001), sendo especialmente importante tanto para as situações agudas comuns na APS como nas cada vez mais comuns situações de problemas crônicos ou cronificados.

Para Still (1910), o trabalho de cura é realizado pela natureza: “A natureza não tem apologias a oferecer. Ela faz o serviço” (STILL, 1910, p. 22). A função do osteopata é reconhecer e flexibilizar o que impede a natureza de realizar o seu trabalho. Ou seja, por meio da palpação, o profissional investiga a mobilidade natural dos tecidos anatômicos e sua função em relação aos demais incluindo a análise da mecânica e fisiologia corporal sem perder de vista a totalidade. Vale notar que a exploração dos mecanismos fisiológicos e de regeneração/adaptação endógenos, muitos deles conhecidos e descritos na fisiologia e demais saberes biomédicos, é muito pouco desenvolvida na biomedicina como terapêutica. Ao contrário, como é sabido, esta última centra-se intensamente nas doenças ou patologias e em terapêuticas exógenas, artificiais ou alheias a ecologia e economia do organismo, como a farmacoterapia e a cirurgia (CAMARGO, 2003).

Este segundo princípio osteopático sugere que a osteopatia pode contribuir no sentido do melhor manejo clínico do fenômeno da medicalização social, entendido como um processo que envolve a perda gradual da capacidade da população em lidar de forma autônoma com suas questões



de saúde (TESSER, 2006). Esse processo tem se agudizado nas últimas décadas, sustentado por um complexo e multifacetado agrupamento de aparatos tecnocientíficos, que desenvolvem suas explicações etiológicas e suas intervenções cada vez mais sofisticadas, especializadas e de difícil compreensão, o que gera provavelmente mais dependência do que resultados comprovados por evidências bem estabelecidas. Isso é especialmente importante para a APS (CLARKE *et al.*, 2010).

Através de um estudo minucioso da semiologia incluindo a análise da mobilidade, da consistência e tensão dos tecidos, por meio da palpação, da visualização da anatomia e das informações dos pacientes, o osteopata constrói seus referenciais para o acompanhamento de cada caso. Este estudo dos sinais envolve um constante *feedback* do paciente, o que leva a um compartilhamento de informações, miscigenando linguagens e narrativas técnicas com as sensações e repertórios dos pacientes e, assim, conduzindo a um entendimento mútuo e facilitando pactuações sobre estratégias terapêuticas e de acompanhamento (THOMSON; COLLYER, 2017). Vale ressaltar, que excluídos os casos de urgência (amplamente reconhecidos na formação e prática dos osteopatas), ao direcionar a atenção clínica para a percepção dos potenciais de autorregulação, ocorre um *delay*, uma parcimônia temporal, uma consideração cuidadosa e muito criteriosa no ato de atribuir prognósticos e acessar procedimentos invasivos, reforçando antes disso, a atitude clínica de promoção de saúde através das TMO, para então, aguardar e acompanhar a ‘natureza’ fazer o seu trabalho.

Isso tem relação íntima com o que os profissionais da APS chamam de ‘demora permitida’ ou ‘observação assistida’, com o diferencial de que se pode, via osteopatia, potencializá-la através do estímulo da autocura por meio das TMO (NORMAN; TESSER, 2012). Assim, não só seria facilitada a prática da demora permitida na APS, mas também ela seria transformada em cuidado clínico ativo, para além de observar. Isso pode suprir sensações de vazio terapêutico, relativamente comuns em profissionais e usuários, quando têm que aguardar e observar. Parece haver aqui um encaixe feliz e necessário entre a osteopatia e suas TMO com a APS, já que a primeira incide exatamente nos estímulos a autorregulação, adaptação e auto-cura, foco em que a biomedicina é pobre no cuidado clínico, frente à grande prevalência de quadros inespecíficos, iniciais e ou inexplicáveis medicamente (estes últimos estimados em até 30% dos problemas novos trazidos à APS) (JCP-MH, 2017).

O terceiro princípio osteopático também contribui com a construção de autonomia ao considerar a importância de se avaliar a relação entre estrutura e função, que implica em considerar





na análise clínica uma contextualização centrada nas cargas e estímulos vivenciados nas atividades, rotinas e costumes de cada indivíduo. Still considerava que o sistema musculoesquelético no seu aspecto estrutural (“estrutura”) tinha relação com a manutenção da totalidade funcional (“função”) de cada indivíduo (PAULUS, 2013). Por isso, a formação em osteopatia possui grande parte de seu currículo em disciplinas de anatomia e fisiologia, no sentido de compreender a relação entre estas partes.

Este princípio, na prática, respaldado no estudo da mecânica e dos tecidos, próprio da terapia manual, aproxima e sensibiliza a clínica osteopática das condições de vida dos indivíduos, trazendo à tona as sobrecargas registradas no corpo e sua perpetuação nos modos de viver, nutrir e trabalhar. Nesse sentido, a osteopatia opera com noções de semiologia, típicas da fisiologia biomédica, articulando com o modo de vida e trabalho das pessoas, facilitando a construção de interpretações contextualizadas, menos reducionistas e culturalmente aceitáveis aos usuários. Esta capacidade de esclarecer e instrumentalizar os usuários sobre suas próprias questões de saúde, fomentando uma parceria e uma postura ativa dos mesmos é um atributo essencial dos profissionais de APS (STARFIELD, 2004).

## DA SATISFAÇÃO À RESOLUTIVIDADE

Para Starfield (2004), a satisfação está associada à qualidade do vínculo entre usuários e profissionais, e isto é imprescindível para que a APS seja escolhida como centro do cuidado ao longo da vida. Strutt *et al.*, (2008), encontraram que a satisfação nas consultas osteopáticas tinha a influência de valores pessoais subjacentes ao contexto clínico. Estes, segundo os usuários, foram os responsáveis pela construção de uma relação terapêutica positiva, compreendendo temas como esperança, respeito e confiança.

Não obstante, a satisfação dos usuários não se sustenta apenas em questões relacionais, mas sim devido a resolutividade e abrangência das terapêuticas. Starfield (2004), destaca que a satisfação dos usuários na APS depende da gama de recursos de cuidado e de queixas passíveis de manejo eficaz. Licciardone e colaboradores (2002), observaram significativa associação da satisfação dos



pacientes da osteopatia com alívio de dor e desconforto. Nesse estudo, a razão de insatisfação foi relacionada com dificuldades de acesso ao serviço, justificando, assim, um maior esforço no sentido do aumento da oferta (LICCIARDONE *et al.*, 2002).

Ao analisar a gama de queixas nas quais os profissionais osteopatas utilizam as TMO, 34% são problemas agudos, 28% subagudos, 34% crônicos, 21% consultas de *checkup* e 18% por outros motivos (OIA, 2014). Na França, queixas relacionadas ao sistema músculo-esquelético foram as razões mais recorrentes, computando 62% dos motivos de queixas e, no Canadá, 69,1%. Entretanto, na Austrália, também foram relatados casos representativos relacionados à problemas digestivos em adultos e crianças, cefaleias e hemicranias fadiga e dores crônicas. Consultas osteopáticas pediátricas variaram de 8% a 12% do movimento dos osteopatas nestes estudos (OIA, 2014). Desnecessário enfatizar que todos esses problemas são altamente frequentes na APS, cujo manejo constitui o dia-a-dia dos profissionais das equipes de saúde da família.

Evidências científicas que respaldam diferentes condições de uso das TMO concluem que elas são um tratamento seguro e de baixo custo para vários sintomas, como dores na coluna, especialmente em pacientes com dor crônica (PEREZ *et al.*, 2012). As TMO podem reduzir a necessidade de antibióticos e o tempo de internação de pacientes com pneumonia, assim como são úteis como adjuvante de antibióticos em crianças com otite média; reduzem também a morbidade, uso de antibióticos e desconforto pós-tratamento cirúrgico; reduzem significativamente a dor lombar, persistindo a melhora por pelo menos três meses, fato este observado tanto em osteopatas médicos (EUA) como não-médicos (Reino Unido) – o que não surpreende, considerando a semelhança do treinamento entre os dois grupos no que se refere às TMO (PEREZ *et al.*, 2012; LICCIARDONE *et al.*, 2005). Revisão sistemática encontrou evidências preliminares de que as TMO podem ser benéficas na síndrome do intestino irritável, em diminuir horas de choro em crianças com cólica (MÜLLER *et al.*, 2014; DOBSON *et al.*, 2012). No entanto, boa parte das revisões concluem que não existem provas científicas suficientes que validem a eficiência das práticas de terapia manual em diferentes patologias, existindo assim uma necessidade da realização de estudos mais bem desenhados e controlados (HONDRAS *et al.*, 2005; PROCTOR *et al.*, 2006; GUILLAUD *et al.*, 2016).



Johnson e Kurtz (2002), ao investigar as condições e diagnósticos em que os médicos osteopatas recorriam ao uso de TMO, encontraram um total de 2206 condições clínicas. Isso indica uma enorme gama de problemas estruturais e funcionais com resultados positivos referidos pelos profissionais que os aplicam. Entretanto, esta ampla gama de aplicabilidade das TMO não vem da prática baseada em evidências, uma vez que existem evidências de sua aplicabilidade em apenas alguns recortes sobre poucas patologias, por exemplo diminuição de dores em lombalgias (LICCIARDONE *et al.*, 2005). Esta ampla gama de utilização da abordagem parece se sustentar ainda na experiência clínica dos osteopatas, em sua observação diária de casos de consultório, que no intuito de potencializar a capacidade de autocura do indivíduo, independente da patologia, apresentam resultados que ainda não foram testados em modelos de estudos clínicos randomizados, como seria o mais indicado. Isto talvez nunca ocorra para uma enorme parte situações ou técnicas em que se queira avaliar a eficácia desta abordagem. Isto porquê cada caso é visto como único e contextualizado, incluindo as diferentes situações sociais, mecânica, anatômica, comorbidades, enfim, a totalidade do indivíduo, o que dificulta assim um agrupamento de casos “iguais”.

## **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO SABER: TÉCNICAS OU ESTILO CLÍNICO PECULIAR?**

Outra convergência entre a osteopatia e a APS se apresenta na relação com a construção de conhecimentos que norteiem a prática clínica. Os estudos baseados em evidências buscam consolidar as melhores práticas em relação a cada patologia e assim difundir entre os profissionais um conhecimento básico comum, que seja eficaz e seguro. Para tal, estratégias gerencialistas (baseadas no controle e padronização das condutas) buscam a construção de protocolos e indicadores que possam nortear e avaliar as ações em saúde segundo as melhores práticas. Todavia, ambos os contextos (osteopatia e APS) apontam para uma resistência frente a sobrecarga de procedimentos, diretrizes e protocolos (STARFIELD, 2011; STOKOE; RAJENDRAN, 2010; FIGG-LATHAM; RAJENDRAN, 2017; CAMPOS, 2008).

Ao analisar a questão da adesão às diretrizes clínicas baseadas em evidências por parte dos profissionais no contexto da APS, Starfield (2011), considera que as diretrizes, embora por vezes



sejam úteis para os profissionais, se concentram no manejo de doenças específicas, o que as distancia da prática clínica na APS, devido a alguns fatores: muitas doenças prevalentes são síndromes, isto é, um conjunto de sinais comuns, porém com origens e determinantes contextuais singulares de cada indivíduo; há uma tendência de aumento no diagnóstico precoce de doenças e um consequente aumento na presença simultânea de diferentes doenças, sobretudo em contextos de maior longevidade, aumentando assim, a complexidade de cada caso.

Além disso, a maioria das diretrizes "baseadas em evidências" são sobre tratamentos de patologias únicas e frequentemente em contextos distantes da vida real. Assim, muitos algoritmos para o gerenciamento do cuidado na APS se baseiam em um conceito ultrapassado de problemas de saúde centrados em doenças únicas e discretas (STARFIELD, 2011). Isso tem sido cada vez mais questionado devido ao crescente reconhecimento da comum multimorbidade, que vem se tornando norma para a maioria dos pacientes atendidos na APS, principalmente em idades mais avançadas (STOKOE; RAJENDRAN, 2010).

Neste contexto de multimorbidade e alta prevalência de problemas crônicos, uma das principais estratégias dos serviços e das interações clínicas é a construção de redes colaborativas de cuidado, que integrem generalistas e especialistas, e que consigam acompanhar os usuários longitudinalmente. Todavia, a construção de redes de referência e contra-referência e das relações de vínculo longitudinal demandam uma importante qualificação do trabalho profissional no sentido do cuidado colaborativo e compartilhado. Campos (2008), destaca que essa construção não é capturada nas planilhas de indicadores estanques, que não consideram os desejos dos envolvidos. Como, então, gerar na extensividade das redes uma intensidade das relações de produção de cuidado, nos encontros das equipes de APS com os usuários?

Entre estudiosos da osteopatia, dilema similar se apresenta no processo de produção de conhecimento e validação do saber. Muitos se preocupam com a credibilidade da profissão/prática no meio científico, e consideram que a prática osteopática continua a sofrer pela escassez de estudos clínicos que dêem suporte científico aos achados empíricos não sistematizados (JOHNSON; KURTZ, 2002). Outros, em contrapartida, apontam para as dificuldades e riscos de tentar se reduzir a complexidade do conhecimento empírico osteopático aos padrões-ouro atuais das evidências, para validação do saber. Esse processo pode distanciar a prática osteopática de seus princípios, reduzindo-





os a uma simples aplicação de técnicas descontextualizadas. Quando isso ocorre demasiadamente, existe uma tendência à perda de identidade e conseqüente enfraquecimento da contribuição da osteopatia como instrumento de alívio do sofrimento humano. Estes sugerem que outras formas de ensino sejam revitalizadas, como estudos de caso, observação pessoal, ensino um a um professor/aluno, no intuito de contribuir com a boa prática osteopática (FIGG-LATHAM; RAJENDRAN, 2017).

Estudos que avaliam a adesão dos osteopatas à diretrizes indicam uma resistência destes profissionais (STOKOE; RAJENDRAN, 2010; FIGG-LATHAM; RAJENDRAN, 2017). A resistência baseia-se na ideia de ‘precedência da osteopatia’ associada ao entendimento de que se trata de uma abordagem filosófica mais ampla e complexa que outras disciplinas. Eles atribuem maior credibilidade para a experiência dos professores que a diretrizes de qualquer natureza (FIGG-LATHAM; RAJENDRAN, 2017).

Ao estudar a formação em osteopatia nos EUA, Shannon e Teitelbaum (2009), destacaram que nas últimas décadas foram reforçados os requisitos de acreditação, com inovações de currículo, dando ênfase ao treinamento baseado em evidências e maior investimento em pesquisa com técnicas manuais. Ao mesmo tempo, o estudo apontou para um distanciamento das peculiaridades da prática, incluindo a diminuição da escolha dos médicos osteopatas pela APS, associado à diminuição do uso de técnicas manuais entre médicos osteopatas (SHANNON; TEITELBAUM, 2009).

Assim, cabe o questionamento: onde investir esforços para a construção do saber/prática osteopático no contexto brasileiro e no SUS? Quanto investir na investigação segundo “padrões-ouro” envolvendo técnicas, protocolos e indicadores em patologias isoladas, seguindo grande parte dos esforços atuais norte-americanos? Quanto investir em estudos qualitativos? Quanto investir em metodologias que fortaleçam a construção de redes de atenção, que gerem mais autonomia nos usuários e um melhor entendimento entre especialistas, generalistas e usuários sobre os benefícios e contribuições da osteopatia? As respostas estão além deste ensaio, porém, estudo realizado por Schneider e Tesser (2020), apontam para caminhos possíveis para a segunda e terceira opções. Essa pesquisa-intervenção conduziu e analisou estratégias de educação permanente sobre a abordagem osteopática para/com equipes multiprofissionais de Saúde da Família e respectivos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Florianópolis. O estudo, de base qualitativa, traz nas



falas dos profissionais alguns efeitos iniciais sobre o processo de compartilhamento do saber osteopático dentro do contexto de trabalho na APS. (SCHNEIDER; TESSER, 2020).

## **DISSOLVENDO A CATASTROFIZAÇÃO: UMA POTENCIAL CONTRIBUIÇÃO DA OSTEOPATIA À APS**

A superação do fenômeno da catastrofização é uma importante contribuição a ser explorada no dia-a-dia da APS. Este é um conceito pouco discutido na saúde coletiva e na biomedicina, que pode ser observado como uma faceta da biomedicalização da vida (CLARKE *et al.*, 2010). A catastrofização é caracterizada como geração de antecipação ou expectativa de desfechos negativos por parte dos pacientes. Estudos observam que a qualidade da relação profissional / usuário, incluindo a comunicação verbal e não verbal, podem reforçar crenças limitantes, gerando um comportamento de evitação do movimento, ou cinesiofobia, aumento da ansiedade, da dor e de desfechos negativos (BENEDETTI *et al.*, 2007; FINNIS *et al.*, 2010).

Em muitas situações, o processo de catastrofização, comum de ser induzido na abordagem biomédica convencional, destrói o que de outra forma poderia ter sido um bom prognóstico e desestimula o paciente de seguir com sua vida livre de crenças de incapacidade. Tais crenças geralmente ganham força na relação clínica por meio de recomendações de repouso prolongado e retirada irracional de atividades físicas, sendo respaldadas em diagnósticos de patologias, legitimados ou não por exames complementares e indicações de estratégias terapêuticas por vezes vitalícias (LARSSON *et al.*, 2016). Este processo aumenta a deficiência, gera atrasos ou impede a recuperação, além de gerar aumento pela procura dos serviços de saúde convencionais e não convencionais, maior consumo de medicamentos e maior realização de cirurgias desnecessárias (MAIN *et al.*, 2010; BENEDETTI *et al.*, 2007; FINNISS *et al.*, 2010).

Ao estudar e restabelecer a mobilidade natural dos tecidos, restaura-se a capacidade de remodelamento tecidual e conseqüente autorregulação do organismo como um todo. Esta condição de flexibilidade é mantida por estilos de vida ativos e livre de crenças limitantes. No caso do Brasil esse entendimento soma-se ao estudo específico e criterioso de fisioterapeutas atualizados e atentos ao desenvolvimento do movimento em toda a sua amplitude, o que acreditamos ser uma faceta



positiva da proximidade entre a osteopatia e a fisioterapia no país. Estes conhecimentos são amplamente estudados na perspectiva da fisioterapia no contexto de problemas músculo-esqueléticos. Os osteopatas reconhecem e aplicam esse saber em muitas outras questões de saúde de alta prevalência, fazendo correlações fisiológicas entre o funcionamento dos sistemas digestório, respiratório, vascular e neurológico e o dia a dia de cada indivíduo.

A não-maleficência (em latim: *primum non nocere*) é cada vez mais um princípio utilizado por profissionais da APS para salientar a necessidade de evitar riscos, custos, medicalização e danos desnecessários aos pacientes. Esta é a ideia central da prevenção quaternária (JAMOULLE; GOMES, 2014), desenvolvida pela medicina de família e comunidade na APS. Segundo Norman e Tesser (2012), esse caminho passa por desviar do excesso de rastreamentos, de solicitação de exames complementares e de medicalização de fatores de risco. Nesse sentido, Hart *et al.*, (1995), encontraram que os médicos generalistas osteopatas norte americanos são menos propensos a solicitar radiografias ou prescrever antiinflamatórios, relaxantes musculares, aspirina, sedativos e analgésicos para dor lombar do que seus colegas médicos generalistas alopatas.

Ao estudar o contexto de crescimento das lombalgias, um dos problemas muito prevalentes na APS, pesquisadores enfatizam que a utilização de exames de imagem, visando o estabelecimento de diagnósticos baseados em patologias observáveis (alterações anatômicas estruturais) não só não apresenta evidência de impacto positivo nesse problema na população como está associada a um desencadeamento de ações danosas aos pacientes. Dentre elas, o afastamento desnecessário de atividades físicas e do trabalho, sustentado por crenças limitantes e reforçados pelo entendimento unicausal e biologicista dos profissionais de saúde, o que se mostra um aspecto a ser urgentemente repensado na prática clínica. Os estudos longitudinais apontam para um aumento de casos cronificados, aumento do impacto psicossocial e dos custos relacionados a estes casos. Por mais que existam consensos e diretrizes consolidadas, no sentido da redução de medicação, redução de exames complementares e do estímulo ao ensino/aprendizagem de estratégias ativas para manejo do problema, existe uma inércia à mudança por parte dos serviços de saúde (FOSTER *et al.*, 2018; HARTVIGSEN *et al.*, 2018).

Diversas estratégias foram utilizadas no sentido de transformar as práticas nos serviços de saúde, porém, devido ao contínuo crescimento do problema e da constatação da manutenção de



condutas contra-indicadas, considera-se ainda a necessidade de construção de novas estratégias (HARTVIGSEN *et al.*, 2018). Ao analisarmos as estratégias já implementadas e avaliadas, observamos que estas apresentam prioritariamente características gerencialistas de tentativa de controle das condutas clínicas por meio de protocolos e diretrizes, apresentando assim, uma boa extensividade nas redes de atenção e abrangendo grande parte dos profissionais. Ainda assim essas estratégias não geraram mudanças consistentes na conduta dos profissionais. A nosso ver, os aspectos envolvendo tecnologias leves que incluem a intensidade e a qualidade das relações de cuidado ainda são muito pouco explorados, dificultando a mudança da conduta.

Consideramos que o encontro do estilo clínico osteopático com tecnologias brasileiras empregadas no campo da APS, como o matriciamento (socialização de saberes entre diferentes profissões e especialidades), pode fomentar um contexto rico de produção de novas experiências no sentido da superação de algumas mazelas do cuidado biomédico. Isso no sentido da construção de tecnologias leves, segundo saberes e técnicas que instrumentalizem os profissionais a promover posturas ativas dos usuários frente ao manejo de problemas crônicos cada vez mais prevalentes. Cabe ressaltar que nesse contexto também se faz necessária uma autoanálise por parte dos osteopatas, haja vista que existem ainda alguns profissionais que praticam estilos clínicos que reforçam crenças limitantes. Isso depende da formação, bem como dos interesses privados dos mesmos, podendo ser observado quando, por meio do excesso de estratégias passivas sem o devido encorajamento para estratégias ativas, o profissional gera dependência, ou quando, por falta de informação, o mesmo se utiliza de modelos explicativos puramente mecânicos (HARTVIGSEN *et al.*, 2018; ZUSMAN, 2013).

Still (1899), parecia antever o contexto da limitada eficácia em buscar na estrutura isolada (que se pode observar em exames de imagem, por exemplo) a justificativa para problemas funcionais. Se tal prática pode simplificar o entendimento do sofrimento, para profissionais e usuários, ela o reduz demasiado e induz a perda da visão do todo (primeiro princípio), dificultando a exploração da capacidade de adaptação e regeneração (segundo princípio) observada na relação peculiar e singular entre a estrutura e a função de cada indivíduo (terceiro princípio). Esse processo não é fácil, necessita de profissionais motivados e curiosos sobre cada caso e não simplesmente treinados na aplicação de





protocolos e diretrizes. Como dizia Still (p.28), “Encontrar a saúde deve ser o objeto do osteopata. Qualquer um pode encontrar a doença” (STILL, 1899, p.28).

## **DO COMPARTILHAMENTO DA CATASTROFIZAÇÃO À MANUTENÇÃO DA MONOCULTURA BIOMÉDICA: UMA CONVERSA NECESSÁRIA**

A catastrofização, bem como a medicalização, são fenômenos nos quais existe um compartilhamento de crenças e pressupostos que geram angústias que podem fortalecer a adesão a determinadas estratégias terapêuticas. Essas crenças e pressupostos são compartilhados tanto pelos usuários dos serviços de saúde quanto por profissionais. Merhy (2012), identifica um ideário compartilhado dentro do SUS, redutor das histórias clínicas dos usuários, que circulam entre diversos profissionais de um ou vários serviços, caracterizado por um intenso processo de medicalização da vida. Ou seja, o pesquisador atenta para a existência de um compartilhamento competente de crenças e pressupostos que em última instância enfraquece a população em suas capacidades para lidar com suas questões de saúde (MERHY, 2012).

A manutenção de determinadas crenças catastróficas ocorre quando algum grupo, por interesses ou convicções particulares, compartilha pensamentos, cenários, histórias e tecnologias estritamente relacionadas a processos patológicos com desfechos ruins de forma automática. Para cada um desses processos, estrutura-se uma solução tecnológica bem definida. Essa solução, dependendo da complexidade, envolve uma série de serviços e produtos, custos e responsabilidades de cada fornecedor. Uma vez, pactuadas as crenças e pressupostos, incluindo quais os caminhos considerados mais seguros e eficazes, as profissões disputam o direito de uso de tecnologias que se enquadrem nos modelos mais aceitos.

O problema ocorre quando a manutenção de determinadas condutas se dá por angústias cultivadas e compartilhadas mesmo quando existem evidências que determinados procedimentos não geram os benefícios que se esperava e inclusive apresentam efeitos nocivos à saúde da população. Vale acrescentar que, uma vez estando o procedimento restrito a determinada profissão, sob o argumento de uma suposta segurança técnica, acentua-se um desequilíbrio de responsabilidades entre profissionais e usuários. Ou seja, ao restringir a responsabilidade por determinados procedimentos a



categorias específicas, se impede a construção e compartilhamento de narrativas alternativas a determinados procedimentos padronizados. O usuário, em seu momento de fragilidade, não encontra nenhuma condição e apoio técnico, de qualquer outro profissional, para ter autonomia mínima na decisão sobre qual conduta seria mais segura para si, e é induzido a adesão, em alguns casos quase obrigatória, a procedimentos considerados seguros.

Nesse contexto, a osteopatia pode reforçar e aprofundar a utilização da espera permitida como forma de verificar com segurança a necessidade ou não de determinadas estratégias investigativas e terapêuticas. Por meio do compartilhamento das estratégias de cuidado, incluindo abordagens básicas, avaliação e intervenção osteopática para as outras profissões, ampliar-se-ia as competências e usos do toque e a importância da mobilidade dos tecidos, bem como um olhar sobre a evolução do todo, somando aos sinais semiológicos biomédicos o acompanhamento dos sinais de autorregulação. Isso torna-se mais evidente dentro de um acompanhamento longitudinal, próprio da APS, instrumentalizando a tomada de decisão mais segura para toda e qualquer profissão da saúde. O usuário por sua vez, ao vivenciar o processo, compartilhando das informações encontradas, gradualmente tem a possibilidade de participar de forma esclarecida, sem tantas angústias, sobre a tomada de decisão.

Por fim, o compartilhamento legítimo e esclarecido de decisões estimula uma redistribuição das responsabilidades entre profissionais e usuários. Esse estilo clínico torna o usuário mais esclarecido e responsável, não só favorecendo a ampliação de autonomia como atenuando o crescente problema de processos judiciais contra profissionais. O problema é mais evidente justamente em países onde a saúde é vista como mercadoria, a exemplo dos EUA, e em especialidades onde o imaginário catastrófico é desproporcional aos desfechos naturais, como a ortopedia é a obstetrícia (MAKARY, 2016). Ao contrário do que se possa pensar, a principal causa das denúncias contra profissionais da saúde não está relacionada a tecnologias duras, como atos de imprudência ou imperícia técnicas, mas sim a situações de negligência e problemas de comunicação associados a uma consulta protocolar e desatenta às necessidades e potencialidades de cada caso (BITENCOURT *et al.*, 2007).

Outra questão a ser colocada é que segundo uma perspectiva sistêmica, as iatrogenias advêm do processo de trabalho, ou seja, da qualidade dos cenários e contextos de trabalho dos



profissionais (REASON, 2000). Nesse sentido é importante considerar que a criação e experimentação de estratégias de educação permanente envolvendo a osteopatia na APS seja conduzida dentro dos processos de trabalho; respeitando a premissa do conceito de educação permanente de estimular a reflexão e transformação do trabalho e não apenas acumular mais informações teóricas desconectadas da rotina dos profissionais, como observado por Schneider e Tesser (2020).

Tal posicionamento visa melhorar a qualidade do serviço tanto para usuários quanto para profissionais. Isto é imprescindível, pois existe uma correlação entre o *burnout* vivido pelos profissionais, redução da empatia e aumento de iatrogenias (WEST *et al.*, 2006). O profissional, quando desgastado em seu processo de trabalho, diminui a sua disponibilidade relacional à empatia, o que o distancia do usuário. Somado a isto, a alta demanda e o tempo reduzido de consulta, contribuem para que o profissional simplifique o seu processo de trabalho, optando para a aplicação mecânica de procedimentos e condutas. Esse contexto, favorece desentendimentos e desamparos, o que inclui questões de negligência (BITENCOURT *et al.*, 2007; WEST *et al.*, 2006; SCHNEIDER e TESSER, 2020). Assim pode ocorrer uma tomada de decisão unilateral, o que leva o usuário a aderir a uma estratégia sem ter refletido sobre suas possibilidades de tratamento, ou simplesmente não aderir à proposta alguma e perder o vínculo com o serviço como centro do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ensaio apontamos algumas aproximações entre a abordagem osteopática e o campo da APS, destacando contribuições potenciais da primeira à segunda: um significativo potencial para diversificação interpretativa, propedêutica e terapêutica via saberes osteopáticos e TMO, melhorando as práticas clínicas e educativas, de que é exemplo o reconhecimento e a evitação da catastrofização. Tais aproximações fazem refletir sobre o desenvolvimento e compartilhamento de habilidades presentes no ambiente clínico que facilitem uma tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários, que podem ser enriquecidas com saberes e práticas osteopáticos e que podem fortalecer as relações de cuidado e acompanhamento longitudinal por meio de estímulos a mecanismos endógenos de autocura, incluindo TMO, de forma segura. A segurança que a osteopatia



procura evidenciar advêm do estudo das singularidades e por isso demanda tempo, atenção e empatia. Isso se fortalece na medida em que se introduz este saber no contexto multiprofissional, integrando sua aplicação clínica a saberes de outras profissões e especialidades. A segurança considera a tomada de decisão conjunta entre diferentes profissionais e usuários, o acompanhamento de cada caso ao longo do tempo e o estímulo a estilos de vida ativos, livres de crenças limitantes desnecessárias.

Pesquisas e experimentações institucionais são necessárias para explorar essas potencialidades, fortalecendo redes de profissionais que orientem e enriqueçam equipes, gestores e usuários no sentido da construção de formas singulares, seguras e eficazes de cuidado.

**Contribuições dos autores:** LMS e CDT contribuíram igualmente na idealização, revisão, seleção, análise e síntese de artigos, elaboração do texto, revisão e análise crítica do material final.

## REFERÊNCIAS

BENEDETTI, Fabrizio, et. al. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, v. 147, n. 2, p.260-271, 2007.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira, et. al. Análise do Erro Médico em Processos Ético Profissionais: Implicações na Educação Médica. *Rev. bras. educ. méd*, v. 31, n. 3, p. 223-228, 2007.

BRASIL. Portaria nº 145 de 11 de janeiro de 2017. *Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica*. Diário oficial da União, 2017.

CAIRNEY, William J., et. al. Identification of distinctive characteristics, principles, and practices of the osteopathic physician in the current healthcare system. *Osteopathic Family Physician*, v. 4, n. 4, p. 110-117, 2012.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? *Cien Saude Colet*, v. 13, n. 2, 2008.

CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v.05, fluxo contínuo (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 95-119.*



Schneider, L. M. & Tesser, C. D. (2020)



CAREY, Timothy S., et. al. Do osteopathic physicians differ in patient interaction from allopathic physicians? An empirically derived approach. *J Am Osteopath Assoc*, v. 103, n. 7, p. 313-8, jul. 2003.

CLARKE, Adele, et. al. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Edinburgh: Duke University Press, 2010.

CUMMINGS, Mark. The Educational Model of Private Colleges of Osteopathic Medicine: Revisited for 2003-2013. *Acad Med.*; v.90, n. 12, p. 1618-23, dez. 2015.

DOBSON, Dawn, et. al. *Manipulative therapies for infantile colic.* Cochrane Database Syst Ver, out. 2012.

EARLEY, Brian E.; LUCE, Helen. An introduction to clinical research in osteopathic medicine. *Prim Care*, v. 37, n. 1, p. 49-64. 2010.

FIGG-LATHAM, Joanna; RAJENDRAN, Dévan. Quiet dissent: The attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance - A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*, v. 27, p. 97-105, fev. 2017.

FINNISS, Damien G., et. al. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*, v.375, n. 9715, p.686-695, fev. 2010.

FORDYCE, Meredith A., et. al. Osteopathic Physicians and International Medical Graduates in the Rural Primary Care. *Fam Med.*; v. 44, n. 6, p. 396-403, jun. 2012.

FOSTER, Nadine E., et. al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*, v. 391, n. 10137, p. 2368-2383, jun. 2018.

GUILLAUD, Albin, et. al. Reliability of diagnosis and clinical efficacy of cranial osteopathy: A systematic review. *PLoS One*, v. 11, n. 12, dez. 2016.

HART, Gary, et. al. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine*, v.20, n. 1, p. 11-19, jan. 1995.

HARTVIGSEN, Jan, et. al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*, v. 391, n. 10137, p. 2356-2367, jun. 2018.

HONDRAS, Maria, et. al. *Manual therapy for asthma.* Cochrane Database Syst Ver. Jan. 2005.

JAMOULLE, Marc; GOMES, Luís Filipe. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 9, n. 31, p. 186-191, 2014.

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v.05, fluxo contínuo (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 95-119.*

Schneider, L. M. & Tesser, C. D. (2020)



JCP-MH - *The Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms.* 2017. Disponível em: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-mus-guide.pdf>. Acessado em: 21/02/2018.

JOHNSON, Shirley M.; KURTZ, Margot E. Conditions and diagnoses for which osteopathic primary care physicians and specialists use osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc*, v. 102, n. 10, p. 527-540, out. 2012.

JOHNSON, Shirley M.; KURTZ, Margot E. Perceptions of philosophic and practice differences between US osteopathic physicians and their allopathic counterparts. *Soc Sci Med*, v. 55, n. 12, p. 2141-2148, dez. 2002.

LARSSON, Caroline, et. al. Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatr*, v. 16, n. 128, 2016.

LEVIN, Jeffrey S.; JONAS, Wayne B. *Tratado de medicina complementar e alternativa.* São Paulo: Manole, 2001.

LICCIARDONE, John. Osteopathic research: elephants, enigmas, and evidence. *Osteopath Med Prim Care*, v. 1, fev. 2007.

LICCIARDONE, John, et. al. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disord*, v. 6, n. 43, ago. 2005.

LICCIARDONE, John, et. al. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc*, v. 102, n. 1, p. 13-20. 2002.

MAIN, Chris, et. al. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol*, v. 24, n. 2, p. 205-217, 2010.

MAKARY, Martin A.; DANIEL, Michael. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v. 353, mai. 2016. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139.abstract>. Acessado em: 21/02/2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface*, v. 4, n.6, p. 109-16-16, 2000.

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v.05, fluxo contínuo (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 95-119.*

Schneider, L. M. & Tesser, C. D. (2020)



MERHY, Emerson Elias. Painel 01 - Gestão do Cuidado Compartilhado em Redes de Atenção à Saúde. IV Seminário internacional de atenção básica. 2012. (31m52s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KuaDNcZAd7E>. Acessado em: 21/02/2018).

MILLER, Thaddeus. Characteristics of osteopathic physicians choosing to practice rural primary care. *Osteopath Association*, v. 106, n. 5, p. 204-279, 2006.

MÜLLER, Axel, et. al. Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc*, v. 114, n. 6, p. 470-479, 2014.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2009.

OIA - Osteopathic International Alliance. *A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*. 2014. Disponível em: <http://oialliance.org/resources/oia-status-report/>. Acessado em: 03/04/2017.

OIA - Osteopathic International Alliance. *History and Current Context of the Osteopathic Profession*. 2012. Disponível em: <http://oialliance.org/wp-content/uploads/2013/07/oia-status-report-history-context-of-osteopathic-profession.pdf>. Acesso em: 10/03/2018.

ORENSTEIN, Robert. History of Osteopathic Medicine: Still Relevant? *J Am Osteopath Assoc*, v.117, n.3, p. 148, mar. 2017.

ORROCK, Paul J. The patient experience of osteopathic healthcare. *Man Ther*, v. 22, n. 1, p.131-7, 2016.

PAULUS, Stephen. The core principles of osteopathic philosophy. *Int J Osteopath Med*, v. 16, n. 1, 2013.

PEREZ, Luis Liu, et. al. Evidence-based osteopathic manipulative treatment for common conditions. *Osteopathic Family Physician*, v.4, n. 1, p. 8-12, jan.-fev., 2012.

PETERS, Antoinette S., et. al. Comparison of osteopathic and allopathic medical Schools' support for primary care. *J Gen Intern Med*, v. 14, n. 12, p.730-9, dez. 1999.

PROCTOR, Michelle, et. al. *Spinal manipulation for dysmenorrhoea*. Cochrane Database Syst Rev. 2006.

REASON, James. Human error: models and management. *BMJ*, v. 320, n. 7237, p, 768-770, mar. 2000.

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v.05, fluxo contínuo (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 95-119.*

Schneider, L. M. & Tesser, C. D. (2020)



SCHMIDT, Maria Inês, et. al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SCHNEIDER, Leonardo Mozzaquatro; TESSER, Charles Dalcanale. Osteopatia na atenção primária à saúde: Resultados parciais de uma experiência de educação permanente e alguns efeitos iniciais. *Cien Saude Colet*, mai. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/osteopatia-na-atencao-primaria-a-saude-resultados-parciais-de-uma-experiencia-de-educacao-permanente-e-alguns-efeitos-iniciais/17574>. Acesso em: 27/06/2020.

SHANNON, Stephen C.; TEITELBAUM, Howard S. The Status and Future of Osteopathic Medical Education in the United States. *Acad Med*, v.84, n. 6, p. 707-11, jun. 2009.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; TESSER, Charles Dalcanale. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n.1, p. 1-15, 2017.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. 2ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, Barbara. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *Perm J*, v.15, n.2, p. 9-63, 2011.

STARFIELD, Barbara, et. al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STEWART, Moira, et. al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: *Artmed*, 2010.

STILL, Andrew Taylor. Osteopathy Research and Practice. Kirksville: The author, 1910.

STILL, Andrew Taylor. Philosophy of osteopathy. Originally published. Kirksville, Missouri: Self-Published by A. T. Still; 1899.

STOKOE, Juliet; RAJENDRAN, Dévan. Are student attitudes to back pain aligned with European guidelines? A survey within UK osteopathic educational institutions (OEIs) using the Attitudes to Back Pain Scale for musculoskeletal practitioners (ABS-mp). *Int J Osteopath Med*, v. 13, n. 3, 2010.

STRUTT, Rita, et. al. Patients' perceptions and satisfaction with treatment in a UK osteopathic training clinic. *Man Ther*, v.13, n. 5, p.456-67, 2008.

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v.05, fluxo contínuo (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 95-119.*



Schneider, L. M. & Tesser, C. D. (2020)



TESSER, Charles Dalcanale Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 19, p.61-71, 2006.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. *Saude Soc*, v.21, n. 2, 50-336, 2012.

THOMSON, Oliver P.; COLLYER, Katie. “Talking a different language”: a qualitative study of chronic low back pain patients’ interpretation of the language used by student osteopaths. *Int J Osteopath Med*, v. 24, n. 3, p. 3-11, jun., 2017.

WALT, Gill. Globalisation of international health. *Lancet*, v. 351, n. 9100, p. 434-37, 1998.

WEST, Colin P., et. al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, v. 296, n. 9, p. 1017-10178, 2006.

ZUSMAN, Max. Belief reinforcement: one reason why costs for low back pain have not decreased. *J Multidiscip Healthc*, v. 6, p. 197-204, mai. 2013.