



## OSTEOPATIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA RELAÇÃO POUCO CONHECIDA NO BRASIL

### OSTEOPATHY AND PRIMARY HEALTH CARE: AN UNKNOWN RELATIONSHIP IN BRAZIL

Leonardo Mozzaquatro Schneider - Doutor em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – Santa Catarina – Brasil, ORCID: 0000-0003-3743-0365.

Charles Dalcanale Tesser - Doutor e professor do Departamento de Saúde Coletiva - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – Santa Catarina – Brasil, ORCID: 0000-0003-0650-8289.

#### RESUMO

A principal contribuição da osteopatia ao bem-estar coletivo apresenta-se historicamente ligada à Atenção Primária à Saúde (APS). Todavia, nas últimas décadas, esse perfil tem se modificado. Nos Estados Unidos, na medida em que as formações em osteopatia estreitam laços com escolas médicas convencionais, diminui a utilização de técnicas manuais osteopáticas e a preferência pela atuação na APS entre os osteopatas. No Brasil, a osteopatia foi reconhecida como Prática Integrativa e Complementar recentemente no Sistema Único de Saúde (SUS); e, como tal, foi incentivada sua inserção na APS. As experiências iniciais estão ocorrendo por iniciativa de fisioterapeutas em serviços ambulatoriais especializados, envolvendo geralmente a atenção secundária e terciária. Nesse contexto, apresentamos e discutimos estratégias viáveis, porém, ainda não exploradas, de inserção desta abordagem na APS, atentando para as particularidades da osteopatia e as realidades do SUS.<sup>1</sup> Tais estratégias desafiam os profissionais osteopatas a considerarem metodologias de matriciamento e educação permanente, no sentido da construção de um campo comum que, além de incluir saberes e técnicas osteopáticas básicas, seguras e adequados no contexto multiprofissional da APS, favoreçam a reformulação de conceitos, crenças e práticas excessivamente medicalizantes comumente partilhados pelos profissionais da biomedicina.

<sup>1</sup> Esta pesquisa não possui financiamento nem tampouco conflito de interesses.



**Palavras-chave:** Medicina Osteopática. Atenção Primária à Saúde. Terapias Complementares. Manipulações Musculoesqueléticas.

### ABSTRACT

The purpose of this article is to discuss the osteopathic practice and its relationship with Primary Health Care (PHC) along time and its recognition in the Brazilian public health system (*SUS*). Historically, the main contribution of osteopathy to wellbeing has been presented in PHC. However, the current approach to the biomedical model, when associated to allopathic medical schools (in United States), or through the exclusive performance of physiotherapists (in Brazil), generates a distance from osteopathy identity and from PHC. This is associated with the decrease of use of osteopathic manipulative treatment (OMT), among North American doctors, or reducing its use to the secondary or tertiary care, in the *SUS*. In this context more attention should be devoted to develop the potential contributions of osteopathy to care in PHC, in the sense of building networks of care in osteopathy, using Brazilian technologies of team care, such as *matriciamento*. This enables gradual recognition and socialization, of the osteopathic distinct clinic style in a common field, in the sense of multidisciplinary management of demedicalization, pluralization of care strategies and reduction of biomedical monoculture of care and its social, cultural and clinical iatrogenies.

**Keywords:** Osteopathic Medicine. Primary Health Care. Complementary Therapies. Musculoskeletal Manipulations.

### INTRODUÇÃO

A osteopatia/medicina osteopática é 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. Nela se considera necessário um entendimento avançado da relação entre estrutura e função corporal e é aplicada para otimizar as capacidades de auto regulação, visando a homeostase dos indivíduos por meio de mecanismos endógenos (OIA, 2012). A expressão composta usada acima “osteopatia/medicina osteopática” deve-



se a que em alguns países, como nos Estados Unidos da América (EUA), a osteopatia é uma formação médica, enquanto que em outros é considerada uma profissão à parte, com formação independente da medicina (OIA, 2018).

No Brasil, a osteopatia foi adicionada como especialidade da fisioterapia em 2011 e em 2013 foi reconhecida como ocupação pelo Ministério do Trabalho (COFFITO, 2011). No Sistema Único de Saúde (SUS), foi reconhecida como Prática Integrativa e Complementar (PICS) recentemente, e como tal, há incentivo para sua inserção na Atenção Primária à Saúde (APS), ou atenção básica (BRASIL, 2017). Historicamente, os profissionais osteopatas apresentam uma predileção por atuação vinculada à APS, todavia este perfil tem apresentado alterações (FORDYCE *et al.*, 2012; CUMMING, 2015; GEVITZ, 2009). Embora na literatura mundial exista abundante material acerca do tema, a incipiência da regulamentação e inserção da prática osteopática no SUS, os dilemas envolvendo sua identidade como profissão no Brasil e a inexistência de produção científica nacional sobre o assunto justificam uma discussão e contextualização da osteopatia no âmbito da APS, trazendo à luz e à reflexão da Saúde Coletiva esta prática até recentemente restrita ao mercado privado no Brasil.

O objetivo deste ensaio é apresentar e discutir a prática osteopática especificamente em sua relação com a APS, explorando essa relação ao longo do tempo no contexto mundial e brasileiro, e identificando possibilidades e desafios de sua inclusão no SUS e na APS.

## METODOLOGIA

Como material bibliográfico de apoio usamos artigos e materiais obtidos de bases de dados nacionais e internacionais através dos descritores e “osteopatia” e “atenção primária”, que contemplassem características e transformações da prática osteopática em relação ao contexto da APS, ao longo do tempo. Utilizou-se também documentos oficiais de órgãos reguladores da prática osteopática no Brasil e no mundo e materiais do Ministério da Saúde brasileiro relacionados à inserção desta prática no SUS. A seleção dos materiais bem como a construção da narrativa teve como base a experiência da realização de uma tese que envolveu estratégias de educação permanente sobre osteopatia realizadas dentro do contexto de trabalho de equipes de saúde da família do município de Florianópolis (SCHNEIDER; TESSER, 2018; 2020, no prelo).



Uma vez que a osteopatia foi criada bem antes da construção da ideia de APS como a conhecemos hoje, nossa discussão explorou e se concentrou em convergências e conteúdos que destacam elementos e características comuns entre a osteopatia e a APS ao longo do tempo. Uma discussão propriamente histórica do nascimento e desenvolvimento da osteopatia foge ao escopo deste artigo, bem como não é nosso objetivo o aprofundamento conceitual sobre aspectos da APS em si mesma. Assim, usamos doravante a expressão APS com um significado muito flexível, que oscila conforme o contexto histórico-social. Ela ganha ora um sentido restrito de serviços ambulatoriais comunitários de acesso direto (o que torna possível falar em APS no contexto norte-americano, onde a osteopatia foi criada), ora comporta um sentido abrangente vinculado à construção de sistemas de saúde públicos universais organizados em redes de serviços coordenados pela APS, como oficialmente se quer o SUS (STARFIELD, 2002).

O texto está organizado em dois tópicos: origens e características da osteopatia, organização profissional e institucional no mundo e no Brasil e a osteopatia no SUS e na APS: o desafio do compartilhamento. No primeiro tópico identificamos características comuns entre a Osteopatia e a APS e como tais características foram se desenvolvendo ao longo do tempo, segundo o contexto de alguns países em que esta prática é mais estruturada e antiga até o presente, assim como vem sendo praticada no Brasil. No segundo discutimos, propositivamente, formas possíveis de operacionalizar a inserção da prática osteopática no SUS.

## **ORIGENS E CARACTERÍSTICAS DA OSTEOPATIA, SUA ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL E INSTITUCIONAL NO MUNDO E NO BRASIL**

A osteopatia foi desenvolvida por Andrew Taylor Still, nos Estados Unidos, no fim do século XIX. Médico e cirurgião, com considerável interesse por mecânica e anatomia, e descrente dos métodos terapêuticos da medicina de sua época, percebeu que a flexibilização dos tecidos, por meio de técnicas manuais, contribuía para a manutenção da saúde de seus pacientes (GEVITZ, 2009).

Em 1892, Still fundou a Escola Americana de Osteopatia (*American School of Osteopathy - ASO*) em Kirksville. Entre 1896 e 1899, 13 faculdades de osteopatia foram abertas nos EUA. No início apresentavam algumas características típicas da APS como o primeiro contato e o

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



acompanhamento longitudinal, pois se estabeleciam em pequenas cidades e estados rurais do meio-oeste, isolados de maiores instituições de saúde e abrindo frequentemente seus próprios hospitais de pequeno porte (GEVITZ, 2004). Com a expansão das escolas de osteopatia, foi criado em 1901 a *American Osteopathic Association (AOA)*, três anos antes do primeiro relatório da *American Medical Association (AMA)*, instituição que viria gradualmente a regular as escolas médicas no país, incluindo escolas de osteopatia, após o relatório Flexner, de 1910 (GEVITZ, 2009).

Mesmo sendo abertamente avesso à modalidade, Flexner manteve a osteopatia como escola médica em seu relatório, pois, observou que “na seita, os osteopatas eram treinados a reconhecer uma enfermidade e a diferenciar uma patologia da outra tão cuidadosamente quanto qualquer outro médico” (FLEXNER, 1910). Esta investigação criteriosa somada à capacidade de abordar o indivíduo como um todo se encontram nos alicerces da prática osteopática e convergem como os conceitos atuais de clínica ampliada (CUNHA, 2007).

Flexner observou também que as escolas de osteopatia tinham pouco investimento em infraestrutura e poucos equipamentos, e a osteopatia, na prática, era aprendida através do acompanhamento direto de consultas de profissionais mais experientes (FLEXNER, 1910). Tais relatos revelam a importância que a osteopatia atribui ao estudo dos sinais clínicos como referência para a tomada de decisão, dispensando muitas vezes a necessidade de exames de alta complexidade. Indica também a aprendizagem como uma forma de compartilhamento de experiências clínicas e não de protocolos e diretrizes rígidas e fechadas.

Outro tema observado neste material histórico, que converge com desafios atuais da APS, refere-se à confiança que os osteopatas tinham na promoção de saúde por meio do estímulo de mecanismos de autorregulação, bem como a resistência ao uso irracional de medicamentos (o que vale hoje mesmo sendo os daquele tempo outros). Ao visitar a *ASO*, Flexner destacou a existência de uma disciplina, composta por vinte seminários, que versavam sobre falácias da medicina alopática da época, tendo por intuito instrumentalizar os estudantes a não utilizar drogas nos tratamentos. Mesmo assim, encontrou diferentes pontos de vista sobre o uso ou não de fármacos no tratamento e uma unanimidade na aplicação de técnicas manuais entre os profissionais (FLEXNER, 1910).

Como consequência de seu relatório, o ensino de osteopatia teve que se adequar aos padrões biomédicos por ele estabelecidos, sob a pena de fechamento das escolas naquele país. Devido à

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.*



resistência e de amplos debates internos quanto ao uso ou não de fármacos, o ensino da disciplina de farmacologia passou a ser oficialmente ensinadas apenas em 1929. A regulamentação do uso de recursos médicos, incluindo procedimentos cirúrgicos, foi gradualmente conquistada por meio da submissão dos egressos a exames conduzidos pela *AMA*, recebendo titulação dupla de Diplomado em Osteopatia (DO) e de Doutor em Medicina (MD), com direitos ilimitados de prática profissional médica, que se mantém até hoje naquele país (GEVITZ, 2009).

Embora nos Estados Unidos os profissionais osteopatas tenham conseguido legitimar socialmente e politicamente sua profissão, a prática enfrentou um percurso de discriminação que pode ser observado até hoje. Um exemplo foi a luta de médicos osteopatas para servirem ao seu país durante a primeira e segunda guerra (SILVER, 2012). Outra batalha travada por osteopatas foi contra a discriminação das mulheres na formação médica nos EUA. Still acreditava na igual capacidade de homens e mulheres e manteve as portas abertas das faculdades de osteopatia, tendo seus cursos oferecidos sem distinção alguma para homens e mulheres (QUINN, 2017).

Paralelamente ao processo norte-americano, em 1917, o escocês John Martin Littlejohn, formado na *ASO*, fundou o primeiro centro de treinamento de osteopatia na Europa, a Escola Britânica de Osteopatia, atuante até hoje. Forma profissionais osteopatas em nível superior (título de DO), que não realizam procedimentos cirúrgicos nem tampouco prescrevem fármacos (VAN DUN; KOUWENBERG, 2012). A osteopatia foi regulamentada como profissão de nível superior independente na Austrália, Nova Zelândia, França, Finlândia, Suíça e Inglaterra. Voltando ao contexto norte-americano, até a década de 1990, a maioria das graduações em osteopatia eram realizadas em instituições de ensino com fins sociais, separadas das escolas convencionais de graduação em medicina (alopáticas) (GUGLIELMO; ARE, 1998).

As escolas de osteopatia não só apresentam sua identidade atrelada à APS, como constituem uma porção significativa da mão de obra nas áreas rurais (FORDYCE *et al.*, 2012). Chen *et al.*, (2010) verificaram que 58% dos médicos osteopatas atuantes em 2005, nos EUA, trabalhavam na APS sendo que somente 35% dos médicos alopatas estavam vinculados a APS. Miller *et al.*, (2006) demonstraram, em seu estudo voltado à identificação das características dos profissionais da APS, que ser formado em escolas de osteopatia aumenta em 2,3 vezes a preferência de profissionais homens por atuarem na APS e em 2,5 vezes de profissionais mulheres.



Todavia, este perfil tem apresentado mudanças. Nas últimas décadas houve um grande crescimento do número de escolas osteopáticas nos EUA. Estas novas escolas apresentam características distintas das escolas antigas, com formação realizada em hospitais e instituições médicas alopáticas, com aumento do tamanho das turmas, diminuição da importância do acompanhamento dos alunos na clínica ambulatorial e um envolvimento limitado na prestação de serviços à comunidade (CUMMINGS, 2015).

Ao estudar o desenvolvimento da educação norte-americana em osteopatia, Shannon e Teitelbaum (2009), destacaram que nas últimas décadas foram reforçados os requisitos de acreditação, com inovações de currículo, treinamento baseado em evidências, maior investimento em pesquisa com técnicas manuais, novas faculdades em expansão e um aumento de 30% no número de estudantes de medicina osteopática. Ao mesmo tempo, o estudo apontou para um distanciamento recente dos osteopatas da APS, sendo observado um aumento da preferência por outras especialidades médicas entre os graduados.

Associado ao recente distanciamento da APS, uma pesquisa realizada com 3000 médicos osteopatas norte-americanos em 2001 mostrou diminuição do uso de Técnicas Manuais Osteopáticas (TMO), sendo que 50% dos entrevistados afirmou utilizar TMO em menos de 5% das consultas (JOHNSON; KURTZ, 2001). Segundo a OIA, em 2013, apenas um quarto dos médicos osteopatas passavam mais da metade do seu tempo de trabalho realizando técnicas manuais. Em contrapartida, dentre os osteopatas não-médicos mais de 90% gastavam metade do seu tempo de consulta utilizando técnicas manuais (OIA, 2014).

No intuito de ampliar a oferta de osteopatia pelo mundo e dar suporte aos países quanto à integração da prática osteopática nos sistemas de saúde públicos, a Organização Mundial de Saúde, em 2010, publicou o documento *Benchmarks for Training in Osteopathy* (WHO, 2010). O documento apresenta conteúdos e competências mínimas para a formação adequada na área e é indicado como referência para os países no processo de regulamentação da osteopatia. Ele indica dois modos de formação em osteopatia. A primeira, direcionada a estudantes sem prévia graduação na área da saúde, possui carga horária mínima de 4000 h, incluído 1000 h de treinamento clínico supervisionado. Os conteúdos abrangem desde questões anatômicas, fisiológicas e patológicas até os princípios e técnicas osteopáticas. A segunda formação é indicada à profissionais com formação anterior na área da saúde.

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



A duração e o conteúdo dependem das experiências e conhecimentos prévios dos profissionais. Tipicamente tem uma duração de 1000 h, com o objetivo de atingir as mesmas competências dos formados segundo o primeiro modelo (WHO, 2010).

No Brasil, em 1986, há registros das primeiras formações em osteopatia (IBO, 2003). Estes cursos foram acolhidos e frequentados, em sua maioria, por profissionais com graduação prévia em fisioterapia. Em 1988, foi criada a Sociedade Brasileira de Osteopatia, primeira organização sem fins lucrativos com o objetivo de representar os osteopatas no país. Em 2000, seus membros criaram o Registro Brasileiro de Osteopatia (RBrO), na tentativa de regulamentar a profissão. Atualmente, o RBrO pertence à *Osteopathic International Association* (OIA) (IBO, 2018).

Desde 2015 tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei (PL) 2778/2015, que reconhece a osteopatia como um ramo específico de cuidado à saúde, prevendo a regulamentação da profissão de Osteopata. O projeto recebeu dois pareceres favoráveis. Em contrapartida, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou em seu site oficial, uma nota para estimular a rejeição da matéria, contrário à profissionalização da osteopatia, bem como da quiropraxia (COFFITO, 2016).

No SUS, a osteopatia foi recentemente reconhecida como PICS o que incentiva a sua inserção na APS, como as demais PICS. Considerando que a osteopatia ainda não foi regulamentada como profissão e a fisioterapia já tem seu espaço no SUS, ficou reservada aos fisioterapeutas especialistas em osteopatia a possibilidade e a tarefa de inserir e exercer esta prática no SUS (BRASIL, 2017).

Um estudo recente, realizado em cinco grandes cidades, sobre a inserção das PICS no SUS, aponta que as ofertas da osteopatia se encontram em serviços especializados, recebendo encaminhamento de outros serviços, sem integração com a APS (SOUSA; TESSER, 2017). Isto pode ser compreendido considerando que, estando a prática osteopática restrita a ação de fisioterapeutas, sua identidade se mistura com as origens da fisioterapia e por isso passa a seguir os seus mesmos caminhos. Historicamente, a fisioterapia se desenvolveu no contexto da reabilitação, ficando mais presente nos níveis secundários e terciários da atenção à saúde e, portanto, distante da APS (FREITAS, 2006).

O trabalho desses fisioterapeutas osteopatas no SUS é pioneiro e de grande valia para a população. Todavia, encontra-se ainda limitado aos serviços ambulatoriais especializados, gerando

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.*





duas consequências imediatas. A primeira é restringir o acesso à abordagem osteopática à casos referenciados de patologias já estabelecidas e muitas vezes cronicadas, o que diminui os benefícios da intervenção. A segunda é a restrição da aplicação destes saberes à problemas relacionados ao sistema musculo-esquelético, esquecendo-se de que a prática osteopática tem como objeto de intervenção o reestabelecimento da capacidade de auto-regulação ou auto-cura do organismo todo e isto está, antes de mais nada, centrado na pessoa e não na patologia que ela apresenta. A osteopatia pode ser aplicada para contribuir no cuidado em diversos outros problemas de saúde.

O artigo de Gurgel *et al.*, (2017), exemplifica a reflexão sobre o emprego da osteopatia no SUS, na perspectiva da fisioterapia. Estes autores reconhecem a osteopatia, por definição, como uma abordagem que transcende a visão fragmentada do ser humano. Mencionam que a osteopatia possui formas distintas de estabelecer uma relação clínica, sendo uma forma de tratamento não medicamentoso, que considera aspectos sociais, psicológicos e mantém o foco na saúde e não apenas na doença. Na medida em que sugerem espaços e contextos para introdução da prática osteopática, concluem que a abordagem se apresenta como um método aplicável no tratamento fisioterapêutico de indivíduos que sofrem de distúrbios osteomioarticulares e ortopédicos. Esta conclusão reforça o direcionamento de esforços na aplicação da osteopatia voltada a tais patologias, o que, na perspectiva da fisioterapia, aumenta a resolutividade dos serviços ambulatoriais especializados em problemas músculo-esqueléticos. Por outro lado, nossa argumentação acima ilumina possíveis contribuições que não têm a ver com as origens da fisioterapia, mas que pertencem à identidade da osteopatia, sendo observadas ao longo de seu percurso histórico e que podem contribuir para o fortalecimento da APS.

Os pesquisadores internacionais, atentos às mudanças recentes na osteopatia, concordam que o afastamento da APS implicaria em uma perda dos benefícios desta prática para a população (CUMMINGS, 2015; SHANNON; TEITELBAUM, 2009). Como estratégias de superação, apontam duas questões essenciais: a primeira é estimular a reflexão sobre os princípios osteopáticos, sua origem e sobre as particularidades da osteopatia em relação ao modelo biomédico, abordadas também neste artigo. A segunda refere-se à conservação e desenvolvimento dessas peculiaridades, como, por exemplo, através de estratégias de educação permanente voltadas aos profissionais, no sentido do constante compartilhamento de suas habilidades manuais e clínicas (CUMMINGS, 2015; GUGLIELMO, 1998; SCHNEIDER; TESSER, 2020, no prelo), sendo este um dos objetivos da tese

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



de doutorado em saúde coletiva da qual esse artigo faz parte (SCHNEIDER; TESSER, 2018). As estratégias buscam revitalizar a aprendizagem por meio do toque clínico, conhecido na comunidade osteopática como estilo clínico *hands on*. Neste contexto, profissionais que compartilham e inclusive recebem cuidados osteopáticos de colegas e professores antes e durante suas formações, referem mais confiança nas TMO e as utilizam mais em suas práticas clínicas quando formados (VAZZANA *et al.*, 2014; VOLOKITIN; GANAPATHIRAJU, 2017).

É notória a aproximação e a convergência entre os princípios/características da osteopatia e da APS, principalmente no que se refere à busca de métodos clínicos centrados na pessoa, como os desenvolvidos pelos médicos de família e comunidade (STEWART, 2017), as discussões brasileiras sobre a necessidade de uma clínica ampliada e compartilhada (CAMPOS *et al.*, 2014), e a construção da integralidade na abordagem dos usuários na atenção básica (MATTOS, 2004). Desta forma, parece-nos que a inserção da osteopatia no SUS deva transcender questões voltadas apenas a reabilitação de problemas músculo-esqueléticos, e se direcionar no sentido da construção de ações que contribuam para o fortalecimento da APS nas características acima destacadas.

Além disso, osteopatas estão atentos e desenvolveram saberes para a superação ou evitação de alguns efeitos adversos de serviços e cuidados biomédicos, que são desafios cotidianos importantes para os profissionais da APS. Exemplos são o reconhecimento do efeito nocebo, que pode perpassar o relacionamento clínico (BENEDETTI *et al.*, 2007); o fenômeno da catastrofização, ou antecipação do sofrimento dos pacientes (MAIN; FOSTER; BUCHBINDER, 2010); o medo do movimento ou cinesiofobia (LARSSON *et al.*, 2016) e a conseqüente piora nos quadros clínicos. Para atenuá-los, os osteopatas procuram estimular a manutenção do movimento e atividades físicas e comportamentos de enfrentamento ativo para as queixas e problemas. Também constroem estratégias terapêuticas que reinterpretam os sinais semiológicos no sentido da desconstrução de crenças limitantes e do gradual encorajamento a retomada de atividades (ABBEY; NANKE, 2013; LEDERMAN, 2017). Estas percepções e conceitos são importantes para o manejo e evitação da cronificação de problemas, por vezes, induzidos pelos serviços de saúde, relacionados a recomendação de afastamento de atividades ou a incertezas frente a capacidade fisiologia de adaptação e remodelamento tecidual, cada vez mais comuns em populações mais envelhecidas e cada vez mais sedentárias. Estas convergências

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



tecnológicas e conceituais entre osteopatia e APS são discutidas em outro momento (SCHNEIDER; TESSER, 2020, no prelo).

## **A OSTEOPATIA NO SUS E NA APS: O DESAFIO DO COMPARTILHAMENTO**

Como já mencionado, as primeiras inserções da osteopatia no SUS estão na atenção secundária e terciária, em serviços de fisioterapia especializados. Todavia os princípios, saberes e técnicas da osteopatia tem grande potencial para enriquecer os recursos de cuidado da APS, aumentando sua resolutividade e diminuindo a demanda para os outros níveis de atenção. Como os osteopatas brasileiros geralmente não são médicos, a inserção direta da osteopatia na APS fica dificultada, pois demandaria acréscimo de profissionais às equipes, em um contexto de grande subdimensionamento da APS, com poucos profissionais, com precária qualificação - apenas 4 mil médicos de família e comunidade em aproximadamente 40 mil equipes de saúde da família, cobrindo apenas cerca de 65% da população brasileira, o que induz uma priorização de ampliação de profissionais biomédicos e de suas equipes( SCHEFFER *et al.*, 2015).

A inserção da osteopatia na APS brasileira não é simples e sua contribuição ao cuidado profissional ali realizado ainda está por ser explorada. Precisa ser construída, aceitando-se a hipótese, amplamente difundida internacionalmente, de que esta prática é tecnologicamente e historicamente adequada a este ambiente assistencial. Algumas possibilidades institucionais para esta inserção já estão dadas pela intersecção entre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Política Nacional de Educação Permanente. Estas possibilidades têm em comum o compartilhamento de saberes, no sentido do fortalecimento de um entendimento comum, que estreite laços profissionais.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) estimula a ampliação da oferta de PICS no SUS, em geral antes relativamente restritas ao setor privado, com ênfase na atenção básica, onde já estão mais presentes. A PNPIC prevê o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais do SUS já em atividade, em caráter multiprofissional e em conformidade com os princípios e diretrizes da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL,

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.*



2006).

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) procura estimular nas equipes de trabalho um ambiente de constante aprendizagem dentro das práticas profissionais. Em outras palavras, procura trazer para a aprendizagem a realidade do trabalho, e para o ambiente de trabalho um contexto de aprendizagem. A PNEP visa também superar a lógica do saber estanque, pautado em verdades absolutas e fragmentada em especialidades ou profissões. Nessa lógica, as técnicas e recursos terapêuticos passam gradualmente a ser compartilhadas entre os profissionais, no que possam ser socializáveis (BRASIL, 2009).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por sua vez, propõem superar a lógica fragmentada da área da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Visam ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2010). A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF envolvem, para além do exercício do cuidado especializado aos usuários (realizado pelos profissionais dos NASF), processos de parceria, comunicação entre os profissionais dos NASF e da saúde da família, aprendizado e educação permanente mútua, responsabilidade assistencial compartilhada e construção conjunta e colaborativa de planos terapêuticos multiprofissionais. Este conjunto de ações foi chamado de matriciamento ou apoio matricial (CAMPOS *et al.*, 2014; BRASIL, 2010). Estas iniciativas se apresentam como movimentos no sentido da superação de um modelo cindido em especialidades. Todavia, na prática, a efetivação do NASF apresenta dois relevantes obstáculos. O primeiro inclui a lacuna na formação dos profissionais da saúde no que se refere ao domínio de conhecimentos relacionados a estratégias de aprendizagem e de compartilhamento. Esse aspecto apresenta-se ainda mais evidente quando nos referimos a educação permanente, uma vez que a maior parte da formação destes profissionais se deu em modelos de educação continuada, principalmente embasada em conteúdos previamente determinados e geralmente distantes do processo de trabalho. O segundo refere-se a dificuldade de se reservarem momentos, dentro do serviço, para o compartilhamento entre profissionais. Ambos obstáculos impactam diretamente na ação dos profissionais do NASF, que por força do hábito, acabam atuando apenas como sua formação de base prevê, ou seja, isolados em suas especialidades, com pequena interação com a equipe

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



multiprofissional (ANDRADE *et al.*, 2012).

Esta problemática também merece atenção nas iniciativas em osteopatia no contexto do NASF, pois, existe a tendência e a tradição dos osteopatas, do Brasil e do mundo, para um trabalho solitário e isolado, possuindo ainda poucas experiências de inserção das práticas osteopáticas em sistemas de saúde e serviços que existam relacionamento íntimo e trabalho colaborativo com outras profissões de base biomédicas. Dados mostram que 39% dos médicos osteopatas e 43% dos osteopatas atuam isoladamente em consultórios privados, e outros 30% tem atuação conjunta também em consultórios particulares com apenas um ou dois parceiros (OIA, 2014). Pesquisa realizada sobre a clínica osteopática apontou para pouco compartilhamento entre osteopatas e outros profissionais, atribuído ao fato da grande maioria dos profissionais trabalharem em consultórios isolados. Todavia, demonstrou que os osteopatas possuem uma racionalidade distinta das outras profissões, constituindo uma contribuição única na tomada de decisão multiprofissional. Os autores levantaram a necessidade de somar ao processo de formação de osteopatas capacitações sobre abordagens que envolvam a construção compartilhada de condutas clínicas e o compartilhamento de conhecimentos para estimular trabalho em equipe multiprofissional (GRACE *et al.*, 2016).

É sabido que o compartilhamento e construção de conhecimentos comuns podem gerar um tensionamento das grupalidades corporativas. Para compreender e atenuar a tendência à divisão e fragmentação de saberes e práticas, sem diluir a especificidade dos mesmos, redirecionando as práticas profissionais em um sentido mais colaborativo e interdisciplinar, é desejável a utilização de conceitos como o de campo e núcleo de saber e competência. O núcleo de saber conforma as identidades profissionais, o que é próprio e característico de uma profissão, havendo uma aglutinação de conhecimentos e práticas e determinados padrões de compromisso com a produção de saúde. O campo, por sua vez, pode ser definido como um espaço de interseção entre os saberes/práticas especializados (dos núcleos), com o foco nas necessidades contextuais, havendo assim uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde poderia atuar, independentemente de sua categoria ou formação (CAMPOS, 2003).

As primeiras iniciativas de formação em osteopatia no país, realizadas em ambulatórios especializados em osteopatia, sejam eles ambulatórios didáticos (coordenados por escolas de osteopatia) ou conduzidos por fisioterapeutas especialistas (nos serviços especializados de

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.*

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



fisioterapia do SUS), constituem e desenvolvem o núcleo do saber osteopático. Resta, todavia, construir o campo comum de cuidado entre os osteopatas e as equipes de APS, estas últimas a serem enriquecidas com saberes e técnicas da osteopatia. Nesse sentido, os profissionais osteopatas se empenhariam na socialização (das partes socializáveis) dos seus saberes/técnicas osteopáticas para outros profissionais (não-osteopatas) das equipes de Saúde da Família (SF) e dos NASF, por meio de matriciamento e estratégias de educação permanente; construindo assim redes de atenção e cuidado que integrem a osteopatia às práticas e fluxos de cuidado no SUS. As equipes de SF, por sua vez, seriam gradualmente sensibilizadas e instrumentalizadas com saberes e técnicas osteopáticas básicas e aplicáveis no seu cotidiano, tendo como referência os profissionais do NASF e os ambulatórios de osteopatia.

Esboçadas estas possibilidades de inserção, cabe uma reflexão sobre a dificuldade de integração dos serviços em redes de atenção à saúde. Merhy e Franco (2003) observam que ao contrário do que se possa pensar, as redes de atenção no SUS possuem um compartilhamento competente e coerente de informações das ações envolvidas na produção de cuidado. Todavia tal compartilhamento infelizmente se dá no sentido de uma intensa medicalização da vida e de um deslocamento do cuidado profissional para interesses privados das diferentes especialidades. O que se compartilha encontra-se no imaginário dos profissionais, incluindo as crenças que envolvem diagnósticos e possíveis prognósticos (geralmente ruins), o que gera medos, distanciamentos, limitações e angústias tanto nos usuários quanto nos profissionais. Neste contexto, cada grupo profissional estabelece e difunde suas próprias soluções, gerando assim protocolos, algo como uma linha de produção de cuidados para cada diagnóstico. O problema existe quando, por interesse privado, grupos especializados difundem narrativas (científicas ou populares) que geram demanda por suas soluções, sem considerar a integração ao sistema de saúde, incluindo o acesso, a eficácia e a autonomia dos envolvidos. Aplicando essa consideração à osteopatia, surge a questão sobre o que os osteopatas querem compartilhar no SUS para o campo comum de cuidado.

Ao realizar matriciamento e educação permanente, alguns caminhos podem se abrir. Estes podem estar enraizados em interesses privados, no sentido do favorecimento ou expansão de uma clientela específica para os osteopatas, o que torna inviável o oferecimento amplo deste serviço na APS, considerando o subdimensionamento desta. Assim, a osteopatia seria mais uma especialidade a

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.*



disputar espaço entre outras profissões, no SUS ou fora dele. Em contrapartida, outros caminhos podem convergir com a desmedicalização possível dos cuidados, promovendo gradual aumento de autonomia dos profissionais generalistas da APS e dos usuários. Isso pode se dar no sentido de um compartilhamento de saberes, narrativas e técnicas capazes de desconstruir o imaginário (geralmente assustador e centrado em doenças) compartilhado. Este imaginário distancia os profissionais do contato com o outro, caracterizado como um trabalho vivo, e o aproxima de um trabalho morto, caracterizado pela aplicação de protocolos de forma mecânica e distante dos usuários (MERHY; FRANCO, 2003).

Vale colocar aqui, que existem muitos espaços a serem explorados, no sentido de estratégias de fortalecimento do trabalho multiprofissional nesses moldes. Uma proposta de compartilhamento foi testada em uma pesquisa que envolveu estratégias de educação permanente em técnicas e saberes osteopáticos com equipes de SF e profissionais do NASF (em esquemas de oito encontros semanais sucessivos, com carga horária de 32h). Como resultados iniciais, os profissionais participantes relataram um fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, associado a um novo entendimento, comum e de fácil compreensão, sobre temas como integralidade na saúde, clínica ampliada, acompanhamento de questões crônicas e sobre o impacto da utilização da abordagem osteopática na conformação do serviço de APS (SCHNEIDER; TESSER, 2018; 2020, no prelo).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao socializar seu saber, os profissionais da osteopatia podem abrir diálogo com as outras profissões, servindo como referência em seu núcleo de saber, o que possibilita o reconhecimento da osteopatia como estilo clínico singular, enriquecedor das possibilidades nas tomadas de decisão quanto ao uso racional de exames complementares, medicamentos e intervenções cirúrgicas, bem como estabelecimento de planos terapêuticos envolvendo promoção, prevenção e reabilitação com o respaldo das equipes multiprofissionais.

Sugerimos que uma maior atenção deve ser dedicada às potenciais contribuições da osteopatia e suas TMO ao cuidado na APS, via matriciamento, no sentido de ampliação e singularização da clínica pelas equipes da ESF, desmedicalização parcial das interpretações e tratamentos, pluralização

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



das formas de cuidado e diminuição da monocultura biomédica e suas iatrogenias sociais, culturais e clínicas.

**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

ABBEY, Hilary; NANKE, Lorraine. Developing a chronic pain self-management clinic at the British School of Osteopathy: quantitative pilot study results. *Int J Osteopath Med*, v.16, p. 11-12, 2013.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi, et. al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina ., *Saúde & Transformação Social*, v. 30, p. 18–31, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário oficial da União Nº 10. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/01/2017&jornal=1&pagina=33&totalArquivos=56>. Acesso em: 10/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF, 2009.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et. al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, v.18, n.1, p. 983-995, 2014.

CHEN, Frederick, et. al. Which medical schools produce rural physicians? A 15-year update. *Acad Med*, v. 85, n.4, abr. p. 594-598, 2010.

*Medicina Osteopática. Revista Revise*, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.



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



COFFITO. Projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional que podem trazer prejuízos à fisioterapia. 2016. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=5373>. Acesso em: 10/03/2018.

COFFITO. Resolução n°. 398/2011 – Disciplina a especialidade profissional osteopatia e dá outras providências 2011. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3161>.

CUMMINGS, Mark. The educational model of private colleges of osteopathic medicine: revisited for 2003-2013. *Acad Med*, v. 90, n. 12, p. 1618 – 1623, 2015.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 7, jul. p. 1737-1739, 2007.

FLEXNER, Abraham. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FORDYCE, Meredith, et. al. Osteopathic physicians and international medical graduates in the rural primary care. *Fam Med*, v. 44, n. 6, p. 396-403. 2012.

FREITAS, Marcos Souza. A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p.138, 2006.

GEVITZ, Norman. The challenge of distinctiveness. *In: The DOs: osteopathic medicine in America*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2004.

GEVITZ, Norman. The transformation of osteopathic medical education. *Acad Med*, v. 84, n. 6, p. 701-706, 2009.

GRACE, Sandra, et. al. Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach. *Chiropr. Man. Ther*, v. 24 (6), n. 6, 2016.

GUGLIELMO, W. Are D.O.s losing their unique identity? *Med Econ*, v. 75, n. 8, abr. p. 200-202, 1998.

GURGEL, Fábio F. de Albuquerque, et. al. Reflexões sobre o emprego da osteopatia nas políticas públicas de saúde no Brasil. *Fisioter Bras*, v. 18, n. 3, p. 374-381, 2017.

IBO - Instituto Brasileiro de Osteopatia. História da Osteopatia. Disponível em: <<http://www.ibo-osteopatia.com.br/historia.php>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

*Medicina Osteopática. Revista Revise*, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.

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



JOHNSON, Shirley M.; KURTZ, Margot E. Diminished use of osteopathic manipulative treatment and its impact on the uniqueness of the osteopathic profession. *Acad Med*, v. 76, n. 8, ago. p. 821-828, 2001.

LARSSON, Caroline, et. al. Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatrics*, v. 16, n. 128, p. 1-7, 2016.

LEDERMAN, Eyal. A process approach in osteopathy: beyond the structural model. *Int J Osteopath Med*, v. 23, p. 22-35, 2017.

MAIN, Chris J., 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.205-2017, 2010.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MERHY, Emerson Elias.; FRANCO, Tulio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. p. 316-323, 2003.

MILLER, Thaddeus, et. al. Characteristics of osteopathic physicians choosing to practice rural primary care. *J Am Osteopath Assoc*, v. 106, n. 5, mai. p. 274-279, 2006.

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.

OIA - Osteopathic International Alliance. Status report on osteopathy stage 1.2014. Disponível em: <http://oialliance.org/resources/oia-status-report/>. Acesso em: 10/03/2018.

QUINN, Thomas A. Opening the doors of medicine to women. *J Am Osteopath Assoc*, v. 117, n. 3, mar. p.149, 2017.

SCHEFFER, Mário, et. al., A. *Demografia Médica no Brasil 2015*. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015

SCHNEIDER, Leonardo Mozzaquatro; TESSER, Charles Dalcanale. Terapia manual na atenção primária à saúde no município de Florianópolis. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.304, 2018.

SCHNEIDER, Leonardo Mozzaquatro; TESSER, Charles Dalcanale. Contribuições da osteopatia para o cuidado na atenção primária à saúde. *Revise*. 2020. No prelo.

*Medicina Osteopática. Revista Revise*, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.

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



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, jun. p.707-711, 2009.

SILVER, Shawn A. Thanks, but no thanks: how denial of osteopathic service in World War I and World War II shaped the profession. *J Am Osteopath Assoc*, v. 112, n. 6, fev. p. 384-395, 2012.

SOUSA, Islandia 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. Brasília: UNESCO, 2002.

STEWART, Moira et. al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2017.

VAN DUN, Patrick; KOUWENBERG, Ton. The Scope of osteopathic practice in Europe, Brussels, European Federation of Osteopaths. Brussels: 2012; Disponível em: <https://www.forewards.eu/app/download/8234748/SOPE.pdf>. Acesso em: 18/03/2018.

VAZZANA, Kathleen M., et. al. Perception-based effects of clinical exposure to osteopathic manipulative treatment on first- and second-year osteopathic medical students. *J Am Osteopath Assoc*, v. 114, n. 7, p. 572-580, 2014.

VOLOKITIN, Mikhail; GANAPATHIRAJU, Pavan V. Osteopathic philosophy and manipulation enhancement program: influence on osteopathic medical students' interest in osteopathic manipulative medicine. *J Am Osteopath Assoc*, v. 117, n.1, p. 40-48, 2017.

WHO, World Health Organization Benchmarks for training in traditional /complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy. Geneva: WHO, 2010.

*Medicina Osteopática. Revista Revise, v. 1, n. 05 (2020): Dossiê experiências de integração ensino-serviço nas Práticas Integrativas e Complementares, p. 61-79.*