

Fisioter Bras 2017;18(3):374-81

REVISÃO

Reflexões sobre o emprego da osteopatia nas políticas públicas de saúde no Brasil

Reflections on the use of osteopathy in public health policies in Brazil

Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel, M.Sc.*, Gislainy Luciana Gomes Câmara, M.Sc.*, Victor Hugo de Oliveira Segundo*, Maria Irany Knackfuss*, Eduardo José Guerra Seabra, D.Sc.**, Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima, D.Sc.**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró/RN, **Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró/RN*

Recebido em 28 de junho de 2016; aceito em 17 de maio de 2017.

Endereço para correspondência: Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel, Rua Prudente de Morais, 170/602, Bloco D, 59611-100 Mossoró RN, E-mail: prof.fabiogurgel@gmail.com; Gislainy Luciana Gomes Câmara: gislainylgc@hotmail.com; Victor Hugo de Oliveira Segundo: victorhugoef@hotmail.com; Maria Irany Knackfuss: kmariairany@yahoo.com.br; Eduardo José Guerra Seabra: ejgseabra@yahoo.com.br; Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima: belapcl@yahoo.com.br

Resumo

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi regulamentada pelo Ministério da Saúde em continuidade às mudanças sobre a saúde no Brasil. A esta política pública se soma o COFFITO ao regulamentar a prática da osteopatia por fisioterapeutas capacitados. Objetiva-se então fazer uma reflexão sobre a osteopatia integrada às políticas públicas de saúde. Trata-se de uma revisão a partir de levantamento literário e em periódicos online com os descritores: osteopatia, disfunções osteomioarticulares, fisioterapia, terapias holísticas, terapias complementares e políticas públicas. Concluiu-se que a osteopatia compõe o quadro de técnicas aplicadas no tratamento de disfunções musculoesqueléticas e transtornos de ordem ortopédica apresentando efeitos terapêuticos satisfatórios aos indivíduos. Seus efeitos decorrem sobre aspectos físicos, sociais e econômicos, justificando a sua participação nas políticas públicas de saúde no Brasil, uma vez que estes resultados se encontram em consonância com o conceito de saúde adotado pela OMS, o qual fundamenta a existência do SUS. A estrutura política da saúde no Brasil parece ser alternativa interessante para a prática da osteopatia junto à população de baixa renda, embora haja escassez de conhecimento tanto por parte da população quanto pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: manipulação osteopática, fisioterapia, terapias complementares, políticas públicas.

Abstract

The National Policy on Integrative and Complementary Practices was regulated by the Ministry of Health as a part of health changes in Brazil. The COFFITO was in charge to regulate the practice of osteopathy by trained physiotherapists. The aim of this review was a reflection about osteopathy integrated to public health policies. This is a literature review which the descriptors: osteopathy, musculoskeletal disorders, physical therapy, holistic therapies, complementary therapies and public policies. We concluded that osteopathy added to the techniques applied in the treatment of musculoskeletal disorders and orthopedic disorders showed satisfactory therapeutic effects to individuals. Its effects arise on physical, social and economic aspects, justifying their participation in the public health policies in Brazil, since these results are in line with the concept of health adopted by WHO, which substantiates the existence of SUS. The Brazilian political structure of health seems to be interesting alternative to the practice of osteopathy with the low income population, although there is lack of knowledge by population and health professionals.

Key-words: osteopathic manipulation, physical therapy, complementary therapies, public policies.

Introdução

Após consideráveis mudanças de caráter social e político que culminaram na reabertura política no Brasil e com o reconhecimento da falência do modelo de saúde centrado na doença, aconteceu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento considerado um marco histórico pela participação popular e pela quebra de paradigmas sobre políticas públicas no Brasil. A partir deste evento adotou-se uma nova percepção conceitual sobre saúde, tornando-a mais abrangente e contemplando aspectos que vão desde a prevenção até a recuperação da saúde dos indivíduos [1].

Dentre outras determinações desta Conferência, foi deliberada, em seu relatório final, a introdução de práticas complementares de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático para escolher a terapêutica preferida, dando possibilidades a diferentes abordagens face ao adoecimento [1,2].

As terapias complementares, também conhecidas como terapias alternativas, integrativas ou não convencionais, constituem um grupo de tratamentos e produtos que não são considerados parte da medicina alopática. Gradativamente as terapias complementares passaram a englobar diversas práticas de atenção à saúde, tais como: acupuntura, reeducação postural global (RPG), homeopatia, medicina ayurvédica, naturopatia, medicina fitoterápica, terapias baseadas em dietas, quiropraxia, osteopatia, massagem, meditação, hipnose, yoga, orações e cura pela fé, terapia de cura por Reiki, dentre outras [3,4].

Em relação à fisioterapia, em meio a outras atribuições do profissional fisioterapeuta, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) regulamenta a osteopatia como prática do fisioterapeuta dentro das terapias complementares assistidas pelo SUS [5].

Neste contexto, a osteopatia apresenta-se como um método aplicável no tratamento fisioterapêutico de indivíduos que sofrem de distúrbios osteomioarticulares que repercutem em dor e prejuízo ou perda de funcionalidade. É uma técnica que para ser aplicada exige bom conhecimento anátomo-fisiológico e biomecânico sobre o corpo humano, bem como qualificação do profissional fisioterapeuta em nível de pós-graduação em curso destinado à sua capacitação nesta área [5,6].

A osteopatia é uma técnica não invasiva, que incide diretamente no sistema musculoesquelético com o propósito de favorecer uma melhor mecânica articular. O tratamento osteopático é precedido por uma detalhada avaliação do indivíduo considerando a globalidade envolvida nos aspectos físicos, psicológicos e sociais que possam prejudicar a sua saúde. É uma técnica que preconiza o movimento articular, seja por manobras articulares oscilatórias de baixa velocidade, seja na forma de manipulação articular com thrust, que consiste de uma mobilização de baixa amplitude e alta velocidade. As manobras descritas são indicáveis para segmentos corporais hipomóveis. Também fazem parte da aplicação da osteopatia as manobras de liberação miofasciais. Por meio de efeitos neurofisiológicos, a osteopatia influencia o SNA, diminuindo a dor e a hiperatividade gama, aumentando a mobilidade segmentar e global [6,7].

O conceito de lesão osteopática constitui-se de uma restrição dos movimentos articulares associada a disfunções em tecidos como fásia, músculo ou nervo, prejudicando o funcionamento dos proprioceptores e provocando alterações do equilíbrio. Decorrem deste mecanismo patogênico a redução de força muscular, da amplitude de movimento e o favorecimento de distúrbios sensitivos. Diante desta condição clínica, a informação proprioceptiva ao SNC será de restrição dos movimentos, gerando um reflexo de proteção articular, alterando a postura do indivíduo e gerando segmentos hipomóveis primários ou secundários [8,9].

Quando instaladas, as disfunções osteomioarticulares apresentam-se como importante problema de saúde em virtude dos impactos que causam sobre a funcionalidade, qualidade de vida dos indivíduos e suas repercussões socioeconômicas. Dentre vários destes aspectos, destacam-se as incapacidades ou limitações relacionadas aos processos laborais, que incidem diretamente sobre os processos laborais de produtividade e, conseqüentemente, suas repercussões sociais e econômicas. De origem multifatorial, as disfunções osteomioarticulares envolvem dificuldades em relação ao seu diagnóstico e tratamento [7,9].

Vários são os sintomas apresentados pelos indivíduos que apresentam distúrbios osteomioarticulares, tais como: fadiga muscular, cefaleias tensionais, dor, aumento da tensão dos músculos evidenciada à palpação, alterações do sono e concentração, dificuldades para funcionamento intestinal, rigidez matinal e distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão,

dentre outros. Não raramente, seus portadores apresentam dificuldades de socialização, autoestima e afetividade que implicam negativamente na vida familiar e profissional [8,10-12].

Os agravos à saúde relatados incidem não restritamente sobre os seus portadores, mas também desencadeiam desordens coletivas nas suas inter-relações sociais, as quais requerem ações de intervenção pública através de programas voltados para estas necessidades. As políticas públicas consistem no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto aos bens públicos. As políticas públicas são o conjunto das decisões e ações relativas à alocação seletiva de recursos [4,13].

Em função do alto impacto funcional e prejuízo à qualidade de vida sofridos pelos portadores de disfunções musculoesqueléticas, surgiu a necessidade de se realizar um estudo que abordasse o tratamento osteopático como política pública para intervenção terapêutica nestas patologias. Entende-se que os impactos das disfunções musculoesqueléticas trazem prejuízos sobre os campos biológicos, psicológicos, sociais e econômicas dos seus portadores, o que confronta o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Esta reflexão é relevante, uma vez que, de acordo com esta concepção, entende-se por saúde um abrangente estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a inexistência de doença ou enfermidade, portanto, um conceito que transcende a dimensão biológica do indivíduo e abrange as condições de vida que perpassam sua existência.

Material e métodos

Trata-se de um estudo caracterizado como revisão bibliográfica, fundamentado a partir de um levantamento literário e em periódicos online em bases de dados como Lilacs, Science Direct, Cochrane, Pubmed e Scielo. Durante as buscas utilizaram-se como descritores: osteopatia, disfunções osteomioarticulares, fisioterapia, terapias holísticas, terapias complementares e políticas públicas. O material analisado também foi composto por livros que trazem discussões em relação aos temas da Osteopatia e das Políticas Públicas. Os idiomas utilizados nas consultas foram português, inglês e espanhol.

Os critérios de seleção das fontes utilizadas foram pela apresentação de conteúdos que abordassem o contexto histórico/político no qual se inseriu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), bem como as perspectivas de mudanças sobre os paradigmas de um sistema de saúde diferenciado, o SUS, cujo alcance não se limita apenas a um contexto técnico-científico. A partir de um espectro mais generalista sobre práticas integrativas e complementares, as abordagens sobre Osteopatia foram o foco das discussões, sendo estas alicerçadas por textos que evidenciavam aspectos histórico/culturais, efeitos e benefícios promovidos pela utilização desta técnica. Pesquisas científicas de natureza experimental também participaram das análises, muito embora este tipo de literatura ainda seja escasso, sobretudo na língua portuguesa.

Resultados

Na pesquisa realizada nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Science Direct, Cochrane, Pubmed e Scielo, foram identificados, 158 artigos potencialmente relevantes. Após análise dos títulos e dos resumos foram lidos 26 obras na íntegra que abordavam o tema proposto.

Discussão

A osteopatia se apresenta como alternativa terapêutica contemplando aspectos que estão ganhando cada vez mais notoriedade e reconhecimento desde sua criação. Este fato se justifica pelos bons resultados que os Osteopatas vêm obtendo aplicando o arsenal terapêutico disponível quando da utilização deste tipo de tratamento [8,11,13].

A osteopatia foi criada oficialmente em 1874, nos Estados Unidos, por Andrew Taylor Still, médico americano adverso às intervenções terapêuticas praticadas em sua época. Trata-se de uma técnica na qual a abordagem terapêutica se dá de forma holística e que preconiza a intervenção no indivíduo através da busca do equilíbrio biomecânico do sistema osteomioarticular. Esta ideologia revolucionou o mundo da medicina trazendo à tona a filosofia, os conceitos e os princípios que alicerçam esta técnica [8,10-12].

As ideias de Still se contrapunham aos princípios ideológicos do modelo assistencial à saúde que mais ganhava notoriedade na época, o modelo biologicista. Este modelo ganhou força com o vínculo criado entre a descoberta dos microrganismos e o aparecimento de doenças em detrimento de uma visão sanitarista sobre o processo saúde-doença, a qual pautava as condições coletivas sociais, ambientais, política e econômicas como elementos de relação direta com o aparecimento de agravos a saúde [1,4,7,13].

A visão biologicista, flexneriana, sobre a saúde resume-se a unicausalidade biológica para os agravos à saúde, requerendo investimentos de elevado custo financeiro na produção de medicamentos, tecnologias, serviços e hospitais para o restabelecimento da saúde. No modelo biologicista, considera-se o indivíduo como um elemento compartimentalizado que precisa de um profissional especialista para cada fragmento de sua constituição biológica [1,2,14].

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 representa um importante marco histórico sobre a falência do modelo biologicista de saúde centrado na doença. Registra-se este evento na história da Saúde Pública brasileira com a peculiaridade de contar com massiva participação popular em caráter democrático, resultante de mudanças de caráter social e político que culminaram em novas perspectivas políticas no Brasil [2,3,14].

Fundamentando-se nos preceitos adotados pela OMS, a VIII Conferência Nacional de Saúde favoreceu outra percepção sobre o conceito de saúde, tornando-o mais abrangente e visando a prevenção, promoção, proteção e recuperação, sendo essa, a principal referência na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa conferência, foi deliberada em seu relatório final, a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático para escolher a terapêutica preferida, dando possibilidades a diferentes abordagens face ao adoecimento [2,3,14].

Neste contexto, o Ministério da Saúde criou, através da portaria 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 1999, a qual regulamenta a homeopatia e a acupuntura como técnicas terapêuticas assistidas pelo SUS, sendo estas incluídas na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) [3,4].

As terapias complementares ou alternativas parecem ocupar as lacunas deixadas pela racionalidade biomédica, estimulam a relação profissional de saúde-doente, sem necessitar do uso de fármacos e máquinas e/ou tecnologias de custo econômico inviável. Elas oferecem outras possibilidades de atuação do profissional de saúde em um momento no qual se discute o modelo de racionalidade empregada como sendo deveras favorável ao emprego de outros conhecimentos [2].

Em consonância a estes pensamentos, Lima et al. [4] afirmam ainda que as terapias complementares constituem um grupo de tratamentos e produtos que não são considerados parte da medicina alopática. Gradativamente, as terapias complementares passaram a englobar diversas práticas de atenção à saúde, tais como: acupuntura, reeducação postural global (RPG), homeopatia, medicina ayurvédica, naturopatia, medicina fitoterápica, terapias baseadas em dietas, quiropraxia, osteopatia, massagem, meditação, hipnose, yoga, orações e cura pela fé, terapia de cura por Reiki, dentre outras, de modo a contemplar uma oferta de serviços de saúde mais diversificada para atender às necessidades sociais e biológicas em saúde.

Entretanto, o desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as terapias complementares pode ser responsável por conceitos equivocados, o que pode gerar dificuldades na relação médico-paciente e com colegas praticantes dessas especialidades [15].

Reside nas racionalidades, saberes e técnicas das práticas complementares de saúde a sua potencialidade enquanto elemento de promoção da saúde, muito embora, alguns créditos de suas ações sejam questionados pela ciência. Neste sentido, existe uma resistência ambígua que perpassa a natureza da epistemologia e da política. A dicotomia clássica entre ciência e senso comum induz a desqualificação de outras verdades que não sejam cientificamente comprovadas. O desmerecimento destes saberes, muitas vezes, encontra-se associado aos conflitos de interesses políticos e econômicos, principalmente, relacionados à supremacia científica e ao monopólio institucional da verdade adquirido pela ciência na saúde, estando ligada a grupos sociais, corporações e relações de poder [14,16].

Em relação à fisioterapia neste contexto, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), dentre outras atribuições do profissional fisioterapeuta, regulamentou a osteopatia como prática do fisioterapeuta dentro das terapias complementares, haja vista o

fato de os benefícios promovidos por tratamentos osteopáticos estarem presentes em vários estudos [5].

Dentre alguns exemplos de estudos sobre osteopatia, é possível citar pesquisas que divulgaram pontos favoráveis a esta técnica, uma vez que a mesma apresentou fortes evidências para uma analgesia induzida logo após as manipulações, havendo efeito cumulativo com a repetição do tratamento. A interação entre a percepção da dor e a função autonômica oferece uma confirmação indireta de que a osteopatia promove o estímulo adequado para se ativar os sistemas inibitórios de dor descendentes que se projetam do mesencéfalo [6-8,11].

As causas frequentes de disfunções musculoesqueléticas estão relacionadas a transtornos biomecânicos e viscerais. Como exemplo, citam-se como causas musculares para lombalgia as dores isquêmicas apresentadas nos músculos espinhais lombares, psoas, quadrado lombar, piramidal e íleo-costal. Como causas ligamentares aponta-se o aumento da tensão sobre os ligamentos sacroilíacos, interespinhosos e iliolumbares, situações em que estas dores podem se relacionar com dermatomas correspondentes. Como causas articulares, destacam-se as dores advindas do mecanismo fixação-hipermobilidade reacional, disfunções sacroilíacas e iliosacrais, lesões articulares posteriores lombares, lesões discais e disfunções toracolombares. Finalmente, como causas viscerais (problemas de funcionamento nos rins, cólon sigmoide, bexiga e/ou útero, por exemplo), apontam-se as dores relacionadas ao aparelho locomotor sem fixação vertebral, ou reflexos víscero-somáticos com função vertebral secundária [6,8,12,17].

Nesta perspectiva, Rocha Júnior *et al.* [18] dividiram 30 pacientes em 2 grupos de 15 sujeitos, experimental e controle, sendo o primeiro submetido a tratamento osteopático e o segundo a fisioterapia convencional. Todos os sujeitos apresentavam lombalgia aguda. Os resultados comparados entre os grupos foram em relação a sintomatologia dolorosa e flexibilidade da coluna lombar destes indivíduos. Em ambos os grupos ocorreu redução da dor lombar, sendo esta mais evidente no grupo experimental. Os pacientes do grupo controle apresentaram menor tolerância à dor na flexão anterior de tronco, enquanto as do grupo experimental obtiveram maior tolerância à dor sob as mesmas condições. De acordo com este estudo a fisioterapia convencional melhora a dor durante a flexibilização das estruturas musculares, mas a osteopatia apresenta maior contribuição terapêutica quando aplicada a lombalgias agudas.

Outro estudo relacionado à osteopatia foi realizada por Cuccia *et al.* [19] abordando novamente a comparação entre tratamentos da osteopatia e fisioterapia convencional. Foram realizadas intervenções terapêuticas por 6 meses em dois grupos, sendo o Grupo Osteopatia com 25 indivíduos e Grupo convencional também com 25 indivíduos, todos portadores de Disfunção Temporomandibular. Foram analisados aspectos subjetivos da dor, funcionalidade e amplitude para movimentos craniomandibulares. Foram constatados ganhos semelhantes entre as variáveis analisadas, porém o grupo submetido ao tratamento por osteopatia reduziu o consumo de medicamentos não esteroides e apresentou maior manutenção dos benefícios, bem como maior efetividade e em menor tempo.

Corroborando este entendimento, é possível afirmar que a osteopatia promove benefícios a partir de uma avaliação física minuciosa, acompanhada por exame palpatório e que agrega dados clínicos para caracterizar as disfunções do sistema musculoesquelético. Desta forma, a técnica aspira averiguar a intensidade, duração, origem, os efeitos locais e a distância desencadeados por estas disfunções. Esta ciência abrange amplo leque de diagnósticos diferenciais e vasto repertório terapêutico direcionado para os segmentos afetados, gerando assim, um bom suporte para o tratamento do indivíduo analisado sob uma ótica holística [6,7,20].

As premissas básicas da osteopatia, descritas em 1899 e em 1901 por Andrew Taylor Still são as seguintes: A primeira é “A Estrutura Determina a Função”, que determina o corpo humano como uma unidade integrada, na qual a estrutura e a função são interdependentes e atuam em sistema de reciprocidade; A segunda é “A Unidade do Corpo”, considera que o corpo humano possui a capacidade de adaptação; A terceira é “A Autocura”, princípio condizente com o conceito de que o corpo possui propriedades que lhe permitem eliminar ou evitar doenças, desde que haja subsídios para isso. Isto implica que para haver autocura é necessário que não existam obstáculos nos condutos nervosos, linfáticos, vasculares e que a nutrição celular e eliminação de catabólitos sejam realizadas de forma eficaz, a fim de reaver a homeostasia prévia à exposição frente a iniquidade de saúde; A quarta e última, “A Lei da Artéria”, afirma que a perturbação do fluxo arterial desencadeará um retorno venoso mais lento, provocando paralisções venosas e acúmulo de toxinas. Isto favorecerá uma dificuldade para

estrutura executar sua função e a tornará vulnerável a processos de alterações no estado de higidez do indivíduo [8,17,21, 22].

Para entender a osteopatia é necessário definir duas linhas de pensamento que se expressam antagonicamente a respeito da disfunção articular. O primeiro conceito, oriundo da ortopedia, define que disfunções são afecções provocadas por processos degenerativos, traumáticos, inflamatórios e infecciosos, tais como artrite, entorse, estiramento dos ligamentos e instabilidade articular. A segunda corrente ideológica, a osteopática, apresenta o conceito de que disfunção articular é uma restrição de movimento articular em função da falta de mobilidade de um elemento conjuntivo, tratando-se, portanto, de restrições de movimentos acessórios ou micromovimentos dentro dos limites articulares e não de luxação ou sub-luxação articular, uma vez que seus elementos ligamentares não sofrem solução de continuidade. Tal restrição de mobilidade poderá desencadear processos dolorosos devido à tensão imposta aos ligamentos, estimulando seus mecanorreceptores e produzindo dor [20,21].

Os mecanismos de ação das manobras osteopáticas compreendem ações mecânicas, ações reflexas e ações sobre a dor [6-8].

As ações mecânicas estão relacionadas ao ganho de espaço entre estruturas anteriormente aderidas (articulações imbricadas). No caso da coluna vertebral, por exemplo, destacam-se modificações no posicionamento do núcleo pulposo e as liberações de pressão exercidas sobre as raízes nervosas. Existem quatro objetivos biomecânicos principais em osteopatia, os quais são aumentar a flexibilidade de tecidos conjuntivos (músculo, cápsula articular, ligamentos, tendões, etc.); prevenir depósitos fibroadiposos geradores de aderências intrarticulares, favorecer a lubrificação intrarticular e reposicionar corpos estranhos intrarticulares, inclusive tecido fibrocartilaginoso e membrana sinovial [6,7,19].

As ações reflexas resultam na diminuição significativa ou desaparecimento das contraturas musculares locais detectadas ao exame palpatório pré-manipulativo. Tal fenômeno se explica pelo reflexo miotático de estiramento e pelo estiramento dos fusos neuromusculares durante o gesto manipulativo. Isso se deve à intervenção das fibras mielinizadas de grande calibre "Ia" para a transmissão das mensagens à medula e à influência dos motoneurônios alfa e gama no retorno. Na região das fibras extrafusais, a hiperatividade constatada nas fibras alfa facilitaria o relaxamento do músculo. Esse reflexo de estiramento monossimpático não é o único envolvido neste processo. É necessário considerar igualmente os reflexos de inibição muscular recíproca polissimpática. Eles explicam a perfeita coordenação entre os músculos agonistas e antagonistas. Nas manobras manipulativas, os mecanorreceptores situados nos tendões também são solicitados gerando o controle do músculo correspondente pelas fibras motoras *alfa* e *gama* [6,8,12,23].

O baixo custo logístico para realização dos tratamentos osteopáticos difere das atuais formas de assistência à saúde que custam caro, nem sempre tratam bem e raramente curam. Isto é atribuído ao fato de estes tratamentos serem voltados, basicamente, à sintomatologia apresentada pelo paciente. Em diferentes manifestações, que variam desde a artrose à escoliose passando por hérnias discais, o componente biomecânico raramente é levado em consideração e, no entanto, ele é fundamental [1,2,9,21,24].

Além disso, ainda existem barreiras importantes que perpassam o desconhecimento sobre a osteopatia e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), tanto por parte da população como pelos próprios profissionais. Neste sentido, Arcanjo et al. [4] realizaram uma pesquisa com o intuito de avaliar o conhecimento de fisioterapeutas sobre a regulamentação e a utilização das terapias complementares pelos mesmos. Após entrevistas com 30 fisioterapeutas em atividade em clínicas, hospitais, faculdades, concluiu-se que os fisioterapeutas consideram a utilização das terapias complementares importante em seu plano de tratamento (87%), porém ainda são poucos os que utilizam essas terapias em suas condutas (43%). Uma considerável quantidade de profissionais que fazem uso das terapias complementares não conhece a regulamentação das terapias complementares (67%). Em virtude disto, constatou-se a importância que as terapias complementares vêm conquistando na área da Fisioterapia, entretanto, se faz necessário maior utilização das mesmas pelos profissionais, bem como a ampliação do conhecimento destes sobre as regulamentações que regem essas terapias.

Neste contexto, a osteopatia apresenta-se como uma ferramenta alternativa para a saúde pública, dentre outros benefícios, pelo baixo custo envolvido na sua aplicação, uma vez que para o seu exercício não se exigem muitos equipamentos e/ou insumos medicamentosos, bem como pelas repercussões clínicas e benefícios biológicos e psicossociais que ela proporciona. Contudo, há a necessidade de direcionamento para investimentos na

formação/capacitação do profissional fisioterapeuta para que este possa utilizar a osteopatia e tenha condições de trabalho para realizá-lo de forma eficiente junto à população [2,24-26].

Conclusão

Tendo em vista o que foi discutido, entende-se que, dentre o arsenal terapêutico disponível ao fisioterapeuta, a osteopatia se soma às técnicas terapêuticas aplicadas no tratamento de disfunções musculoesqueléticas e transtornos de ordem ortopédica apresentando efeitos terapêuticos satisfatórios aos seus usuários.

Na visão da osteopatia, o indivíduo é visto como um todo e é tratado individualmente, entretanto as repercussões do tratamento se dão também em âmbito social e econômico em uma percepção mais abrangente. Nesta perspectiva, se o indivíduo passa a apresentar menos dor e limitação funcional para relações sociais e laborais, ele passa a ter mais capacidade para o trabalho e, conseqüentemente, torna-se cada vez mais economicamente ativo, melhorando sua renda e as condições de vida de sua família. É necessário investir neste tipo de abordagem terapêutica com um caráter também preventivo e integrado às políticas públicas de saúde.

Muito embora a estrutura política da saúde no Brasil pareça ser uma alternativa interessante para a prática da osteopatia junto à população de baixa renda, ainda há uma grande lacuna no tocante ao conhecimento desta acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, sendo este desconhecimento também extensivo aos profissionais de saúde.

Em virtude disto, a participação da osteopatia nas políticas públicas de saúde no Brasil é imprescindível, haja vista seus resultados serem clinicamente satisfatórios e não restritos aos aspectos biológicos do indivíduo, colaborando para as relações sócio-afetivas, políticas e econômicas. Estes aspectos encontram-se em consonância com o conceito de saúde adotado pela OMS os quais fundamentam a existência do SUS.

Referências

1. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
2. Andrade JT, Costa LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc* 2010;19(3) 497-508.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2006 maio. Seção 1, p. 20-25.
4. Lima MO, Vasconcelos TB, Brasil ACO, Câmara TMS, Arcanjo GN, Sousa CT. Análise do conhecimento sobre a regulamentação e a utilização das terapias complementares na fisioterapia. *HU Revista* 2012;37(3):353-9.
5. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 220, de 23 de maio de 2001. Reconhecimento da Quiropraxia e Osteopatia como especialidades do fisioterapeuta. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2001 junho. Seção 1, p. 46.
6. Maine JY, Vautravers P. Mecanismo de acción del tratamiento manipulativo vertebral. *Osteopatía Científica* 2011;6(2):61-6.
7. Clinical Guideline Subcommittee on Low Back Pain, American Osteopathic, A. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. *J Am Osteopath Assoc* 2010;110(11):653-66.
8. Ricard F. Tratamento Osteopático da Caixa Torácica. Campinas: Saber & Saúde; 2009.
9. Consalter E, Sanches ML, Guimarães AS. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. *Revista Dor* 2010;11(3):237-41.
10. Cleofás RB, Campos GA, Ricard F. Criterios de calidad en investigación osteopática. *Osteopatía Científica* 2011;6(1):1-3.
11. Orrock PJ, Myers SP. Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:129-32.
12. Noll DR, Channell MK, Basehore PM, Pomerantz SC, Ciesielski J, Eigbe PA, Jr., et al. Developing osteopathic competencies in geriatrics for medical students. *J Am Osteopath Assoc* 2013;113(4):276-89.

13. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
14. Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A. A saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Nova Letra; 2006.
15. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Terapias Complementares. Rev Saúde Pública 2011;45(2):249-57.
16. Tesser DC. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cad Saúde Pública 2009;25(8):1732-42.
17. Brantingham JW, Cassa TK, Bonnefin D, Pribicevic M, Robb A, Pollard H, et al. Manipulative and multimodal therapy for upper extremity and temporomandibular disorders: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther 2013;36(3):143-201.
18. Rocha Junior R, Pereira JS. Contribuição da osteopatia sobre a flexibilidade da coluna lombar e intensidade da dor em pacientes adultos jovens com lombalgia aguda. Ter Man 2010; 8(35):50-54.
19. Cuccia AM, Caradonna C, Caradonna D. Manual therapy of the mandibular accessory ligaments for the management of temporomandibular joint disorders. J Am Osteopath Assoc 2011;111(2):102-12.
20. Carvalho AR, Ré D, Lam D, Cunha DM, Sena IB, Bertolini GRF. Efeito imediato da manipulação osteopática tibiotársica no equilíbrio estático de mulheres jovens. Rev Bras Ciênc Esporte 2013;35(2):455-67.
21. Klein P, Lepers Y, Salem W. Osteopathic medicine. Rev Med Brux 2011;32(4):369-74.
22. Anglund DC, Channell MK. Contribution of osteopathic medicine to care of patients with chronic wounds. J Am Osteopath Assoc 2011;111(9):538-42.
23. Gurgel FFA. Amplitude dos movimentos craniomandibulares e cervicais e limiar de dor após manipulação osteopática da articulação atlanto-axial [Dissertação]. Mossoró/RN: Universidade Estadual do Rio Grande do Norte; 2015.
24. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Saúde Transform Soc 2012;3(1):18-31.
25. Santos FAS, Gouveia GC, Martelli PJJ, Vasconcelos EMR. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. Rev Bras Fisioter 2009;13(04):30-4.
26. Maia FES, Gurgel FFA, Bezerra JCL, Bezerra CMV. Perspectivas terapêuticas da fisioterapia em relação à dor lombar. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba 2015;17(4):179-84.