



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**JACSON NESI**

**OSTEOPATIA: PROFISSÃO OU ESPECIALIZAÇÃO?**

Reflexões sobre a práxis osteopática

Rio de Janeiro

2017

JACSON NESI

OSTEOPATIA: PROFISSÃO OU ESPECIALIZAÇÃO?

Reflexões sobre a práxis osteopática

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito final à obtenção do Título de Mestre em Bioética, orientada pela Professora Doutora Maria Claudia da Silva Vater da Costa Fiori.

Rio de Janeiro

2017

N459 Nesi, Jacson.  
Osteopatia: profissão ou especialização? Reflexões sobre a práxis  
osteopática / Jacson Nesi. – Rio de Janeiro: UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ, 2017.  
126 f.; 30 cm.

Orientadora: Maria Claudia da Silva Vater da Costa Fiori.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-  
Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2017.

Referências: f. 103-117.

1. Osteopatia. 2. Sociologia das profissões. 3. Filosofia da ciência.  
4. Profissão. 5. Profissionalização. 6. Bioética. I. Fiori, Maria Claudia da Silva  
Vater da Costa. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Universidade  
Federal Fluminense. IV Universidade do Estado do Rio de Janeiro. V. Fundação  
Oswaldo Cruz. VI. Título.

CDD 171.7

# FOLHA DE APROVAÇÃO

JACSON NESI

## OSTEOPATIA: PROFISSÃO OU ESPECIALIZAÇÃO?

Reflexões sobre a práxis osteopática

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva

Aprovada em: \_\_\_\_\_

---

Profª. Dra. Maria Claudia da Silva Vater da Costa Fiori (Orientadora)  
UFRJ

---

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego  
FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Fernando Eduardo Zikan  
UFRJ

---

Profª. Dra. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego  
UFRJ

---

Prof. Dr. André Luis dos Santos Silva  
UFRJ

A minha amada esposa, companheira, amiga e parceira de todas as horas, Rosana, por estar ao meu lado sempre, comprando todos os meus barulhos e sempre pronta para a batalha. Muito obrigado pelas palavras amorosas de incentivo quando eu esmoreci, muito obrigado pelo colo quando me desesperei, muito obrigado pelo amor de todos os dias.

## AGRADECIMENTOS

A Bernard Henri Quef (*in Memoriam*) e Philippe Pailhous, meus primeiros e eternos mestres, por me mostrarem o caminho...

A toda a minha família, meus pais Jacipuan e Sonia, minhas filhas Giovana e Isadora, minha irmã Jaqueline, meu sobrinho Enzo, meus enteados Gabriela e Leonardo, minha sogra Lulu, a saudosa Dedé (que virou anjo há pouco tempo), a minha “boadrasta” Gina e a todos não mencionados, mas igualmente amados, muito obrigado pela compreensão nas ausências, pela paciência no mau humor frequente, pelo incentivo e sobretudo pelas bençãos.

Às três mosqueteiras, Ana Paula Ferreira, Letizia Madalluno e Natalia Rocha, minhas companheiras na batalha por uma Osteopatia independente, muito obrigado pela parceria.

Ao Ronaldo, Ben Thion, à Bia, ao Franco e a todos os amigos que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

A Claudia Vater, pelo grande companheirismo na orientação deste trabalho e afinidade pessoal em alguns dos pontos discutidos, que fortaleceram minhas convicções.

Ao Prof. Sergio Rego, pela ajuda na busca de referências originais, disponibilizando sua biblioteca e seus artigos.

A todos os professores e alunos do PPGBIOS, que com seus ensinamentos e sua convivência ajudaram a mudar minha visão do mundo, possibilitando um olhar plural sobre os mais diversos assuntos.

*To find health should be the object of the doctor. Any one can find disease.*

*Andrew Taylor Still*

## RESUMO

NESI, Jacson. **Osteopatia**: profissão ou especialização? Reflexões sobre a práxis osteopática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A Osteopatia é uma profissão independente que apresenta tanto os requisitos primordiais da Sociologia das Profissões que a credenciam para tal, como premissas em sua práxis que a ancoram num novo paradigma. Muito embora a Sociologia das profissões tenha, ao longo do tempo, se interessado pela problemática das profissões de saúde, pouco se aprofundou nas práticas complementares e alternativas. Após identificar os conceitos de profissão propostos por Eliot Freidson e caracterizar o atual cenário brasileiro e mundial, foi possível explicitar a consolidação da Osteopatia como profissão em grande parte do mundo e o pleno processo de profissionalização que ela atravessa no Brasil, onde não se justificaria apenas como uma especialidade da Fisioterapia. O presente trabalho apresenta fortes elementos da práxis osteopática, o holismo, sua congruência com o modelo biopsicossocial, a disfunção somática e a busca pela saúde, proposta inicial de seu criador, Andrew Taylor Still, que nos permitem, comparando-a com o paradigma biomédico, afirmar que a Osteopatia apresenta um corpo de conhecimentos que rompe com os paradigmas em que se fundamentam a Medicina e a Fisioterapia.

Palavras-chave: Osteopatia. Sociologia das profissões. Filosofia da ciência. Profissão. Profissionalização. Bioética.

## ABSTRACT

NESI, Jacson. **Osteopatia**: profissão ou especialização? Reflexões sobre a práxis osteopática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Osteopathy is an independent profession that presents both the primordial requirements of the Sociology of Professions that accredit it for such, as premises in its praxis that anchor it in a new paradigm. Although the Sociology of Professions has, over time, become interested in the problems of health professions, little has been done in complementary and alternative practices. After identifying the concepts of profession proposed by Eliot Freidson and characterizing the current Brazilian and world scenario, it was possible to make explicit the consolidation of Osteopathy as a profession in much of the world and the full process of professionalization that it crosses in Brazil, where it would not be justified only as a specialty of Physiotherapy. This work presents strong elements of the osteopathic praxis, holism, its congruence with the biopsychosocial model, somatic dysfunction and the search for health, initial proposal of its creator, Andrew Taylor Still, that allow us, comparing it with the biomedical paradigm, affirm that Osteopathy presents a body of knowledge that breaks with the paradigms on which Medicine and Physiotherapy are based.

Keywords: Osteopathy. Sociologia of professions. Philosophy of science. Profession. Professionalization.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Modelos Osteopáticos - aplicabilidade .....	92
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABFO	Associação Brasileira dos Fisioterapeutas Osteopatas
AOA	<i>American Osteopathic Association</i>
AOB	Associação de Osteopatas do Brasil
A.T.Still	Andrew Taylor Still
BSO	<i>British School of Osteopathy</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira das Ocupações
CES	Câmara de Educação Superior
CID	Código Internacional das Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
D.O.	Diplomado em Osteopatia
EBM/MBE	<i>Evidence Based Medicine</i> /Medicina Baseada em Evidências
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
FORE	<i>Forum for Osteopathic Regulation in Europe</i>
IBO	Instituto Brasileiro de Osteopatia
MACs	Medicinas Alternativas e Complementares
M.D.	<i>Medical Doctor</i>
MEC	Ministério da Educação
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
OIA	<i>Osteopathic International Alliance</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RBrO	Registro Brasileiro dos Osteopatas
TMO/OMT	Tratamento Manipulativo Osteopático/ <i>Osteopathic Manipulative Treatment</i>
ULB	Universidade Livre de Bruxelas
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 ETIMOLOGIA .....	16
1.2 HISTÓRIA DA OSTEOPATIA .....	17
1.3 HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NO BRASIL .....	19
1.4 UMA ANALOGIA DE CONFLITOS?.....	23
<b>2 MÉTODO</b> .....	<b>25</b>
2.1 HIPÓTESE E OBJETIVOS.....	25
<b>2.1.1 Hipótese</b> .....	<b>25</b>
<b>2.1.2 Objetivo geral</b> .....	<b>25</b>
<b>2.1.3 Objetivos específicos</b> .....	<b>25</b>
2.2 TIPO DE ESTUDO .....	25
<b>3 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES</b> .....	<b>27</b>
3.1 BREVE PERFIL DE ELIOT FREIDSON .....	28
3.2 O QUE É PROFISSÃO? .....	28
3.3 CONCEITOS E PROPOSIÇÕES DE ELIOT FREIDSON EM SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES .....	30
<b>3.3.1 Profissionalismo</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3.2 Profissionalização</b> .....	<b>32</b>
<b>3.3.3 Autonomia Profissional e abrigos no mercado</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3.4 Credenciamento</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3.5 O Estado e o Mercado</b> .....	<b>36</b>
<b>3.3.6 Identidade profissional</b> .....	<b>38</b>
3.4 ESPECIALIZAÇÃO .....	39
<b>3.4.1 Breve histórico</b> .....	<b>39</b>
<b>3.4.2 Delimitação formal e controle</b> .....	<b>40</b>
<b>3.4.3 Necessidades do mercado</b> .....	<b>41</b>
<b>3.4.4 Fisioterapia Manipulativa</b> .....	<b>42</b>
3.5 OSTEOPATIA E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE .....	43
<b>4 FILOSOFIA DA CIÊNCIA</b> .....	<b>45</b>
4.1 O PARADIGMA BIOMÉDICO, BIOMEDICINA E INFOMEDICINA.....	46
<b>5 PRÁXIS OSTEOPÁTICA</b> .....	<b>49</b>
5.1 FILOSOFIA OSTEOPÁTICA .....	49
<b>5.1.1 Correntes de pensamento e contexto histórico-geográfico</b> .....	<b>49</b>
<b>5.1.2 Princípios da filosofia osteopática e seu desenvolvimento ao longo do tempo.</b> .....	<b>52</b>
5.2 DISFUNÇÃO SOMÁTICA .....	57
5.3 MODELOS OSTEOPÁTICOS .....	61

<b>5.3.1 Modelo Biomecânico.....</b>	<b>62</b>
<b>5.3.2 Modelo Respiratório-Circulatório .....</b>	<b>62</b>
<b>5.3.3 Modelo Neurológico.....</b>	<b>62</b>
<b>5.3.4 Modelo Biopsicosocial .....</b>	<b>63</b>
<b>5.3.5 Modelo Bioenergético .....</b>	<b>63</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>6.1 OSTEOPATIA NO SISTEMA INTERNACIONAL .....</b>	<b>64</b>
<b>6.1.1 Estados Unidos da América .....</b>	<b>64</b>
<b>6.1.2 Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia .....</b>	<b>66</b>
<b>6.1.3 França e Bélgica.....</b>	<b>71</b>
<b>6.1.4 Portugal .....</b>	<b>76</b>
<b>6.2 O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA OSTEOPATIA NO BRASIL.....</b>	<b>76</b>
<b>6.2.1 Osteopatia no Brasil .....</b>	<b>77</b>
<b>6.2.2 Posicionamento atual da Fisioterapia brasileira em relação à Osteopatia .....</b>	<b>82</b>
<b>6.3 A PRÁXIS OSTEOPÁTICA E O PARADIGMA BIOMÉDICO DA DOENÇA .....</b>	<b>84</b>
<b>6.3.1 Osteopatia e a EBM, Medicina Baseada em Evidências .....</b>	<b>84</b>
<b>6.3.2 Osteopatia, Holismo e a medicina informada pela evidência .....</b>	<b>89</b>
<b>6.3.3 Os modelos osteopáticos e sua relação com disfunção somática .....</b>	<b>91</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>94</b>
<b>7.1 OSTEOPATIA: PROFISSÃO OU ESPECIALIZAÇÃO? .....</b>	<b>94</b>
<b>7.2 PORQUÊ A OSTEOPATIA NO BRASIL É CONSIDERADA COMO UMA ESPECIALIDADE DA FISIOTERAPIA, SE A OMS À CONSIDERA UMA PROFISSÃO INDEPENDENTE? .....</b>	<b>96</b>
<b>7.3 SERIA A PRÁXIS OSTEOPÁTICA ELEMENTO CONSISTENTE PARA ROMPER COM O PARADIGMA BIOMÉDICO DA DOENÇA? .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO 1 - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 01 DE 2001..</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO 2 - DISFUNÇÃO SOMÁTICA .....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO 3 - CODIGO DE DEONTOLOGIA DOS OSTEOPATAS .....</b>	<b>123</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho nasceu de uma longa busca por esclarecimentos de dúvidas que vieram aparecendo, ao longo de uma trajetória profissional, em torno do objeto desse trabalho, a Osteopatia.

Desde 1986, a Osteopatia vem sendo ensinada no Brasil por alguns osteopatas europeus, como uma nova abordagem terapêutica para os Fisioterapeutas. Isso se deu principalmente por conta dela ser uma abordagem exclusivamente manual, ter intersecção técnica e terapêutica vicinal com a Fisioterapia que, além disso goza, desde aquela época, de forte legislação no Brasil, o que lhe garante uma das melhores autonomias práticas do mundo. Nessa época os cursos eram livres, unicamente frequentados por fisioterapeutas e estudantes do último ano de Fisioterapia, e apenas pequena parte da abordagem terapêutica osteopática era oferecida, sem relação alguma com todos os modelos explicativos de uma formação completa em Osteopatia.

Com o passar do tempo, o início do processo de profissionalização da Osteopatia no mundo e a estruturação de suas formações no Brasil<sup>1</sup>, ajudou a abrir os olhos para a realidade, de todos aqueles que mergulhavam no poço profundo dos conhecimentos e competências da filosofia osteopática. Afinal, o que acontecia no mundo também precisava acontecer aqui.

No início dos anos 90, o processo de regulamentação da Osteopatia como profissão independente crescia na Europa. A regulamentação da profissão na Grã-Bretanha ocorreu em 1993, primeiro país europeu que a implementou, impelindo outros sete países da União Europeia (Finlândia, França, Islândia, Luxemburgo, Malta, Portugal e Turquia) a conseguir a regulamentação da Osteopatia, estabelecendo o ensino universitário nesses países (FORE, 2016)<sup>2</sup>. Alemanha, Bélgica, Itália, Dinamarca, Noruega e Suíça se apresentam em processo avançado de regulamentação. Nos EUA, país de origem, a Osteopatia é reconhecida oficialmente há mais de 50 anos; na Austrália desde 1970; e na Nova Zelândia desde 2004 (OIA<sup>3</sup> BOARD OF DIRECTORS, 2013).

---

<sup>1</sup> Para se ter ideia, apesar de ter concluído minha formação básica em 1994, só terminei minha formação completa, recebendo o título de D.O. (Diplomado em Osteopatia) no ano de 2003, dez anos após o início de minha graduação.

<sup>2</sup> FORE – *Forum for Osteoathic Regulation in Europe* ([www.forewards.eu](http://www.forewards.eu)).

<sup>3</sup> OIA (*Osteopathic International Alliance*) é uma organização que trabalha para o avanço e a unidade da profissão osteopática global. Como uma "organização de organizações", a OIA unifica a medicina osteopática conectando escolas, órgãos reguladores e grupos regionais, nacionais e grupos multinacionais, auxiliando no processo de regulamentação da profissão em países onde isso ainda não ocorra e fortalecendo onde o processo já está estabelecido.

No Brasil, nesse meio tempo, o número de instituições que oferecem formação em Osteopatia aumentou, e duas diferentes vertentes se abriram: uma, fundamentando-se na Resolução nº 220 do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) de 2001 (BRASIL, 2001), que estabelece a Osteopatia como especialização exclusiva do fisioterapeuta; e mais recentemente, na Resolução nº 398 de agosto de 2011, na qual o COFFITO disciplina a Especialidade Profissional em Osteopatia e o título de Especialista Profissional em Osteopatia, além de definir o domínio de áreas de competência e disciplinas, suas atribuições e áreas de atuação. É seguida por algumas escolas que aceitam essa determinação, ensinando a Osteopatia como uma Especialidade da Fisioterapia e aproveitando-se das prerrogativas de estar alinhado com as determinações do COFFITO e dos CREFITOs (Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). A outra vertente é aquela seguida por escolas que, acompanhando as determinações da OMS (Organização Mundial da Saúde) e todos os centros onde a Osteopatia é regulamentada e praticada como uma profissão, se ocupam da formação e capacitação de osteopatas para o exercício de uma profissão independente tanto da medicina, como da fisioterapia.

No ano de 2000, alguns dos osteopatas pioneiros no Brasil criaram o RBrO (Registro Brasileiro dos Osteopatas), alinhado com as diretrizes dos órgãos europeus que já atuavam na regulação da profissão e no processo de regulamentação. Desde então, o processo de reconhecimento e regulamentação da Osteopatia como uma profissão segue em curso. No ano de 2013, o RBrO explana o pleito na Comissão de Regulação do Trabalho em Saúde e a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), órgão do Ministério do Trabalho e Emprego, classifica a osteopatia como uma ocupação<sup>4</sup> no Brasil.

Desde 2012, tramitam na Câmara dos Deputados dois Projetos de Lei, o primeiro PL nº 4771/2012 (BRASIL, 2012) e o atual, PL nº 2778/2015 (BRASIL, 2015), com o objetivo de regulamentar a profissão. O Projeto atual teve o parecer aprovado pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) por unanimidade e foi referendado na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).

Um Projeto de Lei precisa passar por mais uma Comissão na própria Câmara e depois mais uma no Senado Federal. Além disso, para completar a tríade Ministério do Trabalho, Congresso Nacional e Ministério da Educação, necessária para o fortalecimento da regulamentação profissional, algumas instituições buscam criar uma graduação universitária

---

<sup>4</sup> CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) nº 2261-10: Osteopata

em Osteopatia, para oferecer a formação do tipo I da OMS, como nos países da Europa e Oceania onde a Osteopatia é regulamentada.

Outra grande conquista da Osteopatia no Brasil se deu ano passado, durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos do Rio de Janeiro, após quatro anos de trabalho, quando da implementação um serviço de Osteopatia, formado apenas por osteopatas D.O.<sup>5</sup>, no setor de Terapias Físicas da Policlínica da Vila Olímpica e Paralímpica, que foi organizado por um grupo de fisioterapeutas especialistas em fisioterapia desportiva<sup>6</sup>.

Todo o percurso desde as primeiras reuniões – passando pelo desenvolvimento do trabalho como consultor em Osteopatia do Comitê Organizador das Terapias Físicas (Fisioterapia, Massagem Desportiva, Quiropraxia e Osteopatia) da Policlínica da Vila Olímpica e Paralímpica – até os resultados do trabalho culminou na apresentação de encerramento do Encontro Anual da Aliança Internacional Osteopática<sup>7</sup> em Anaheim, Califórnia, em setembro de 2016. Esta considerada pelo presidente da OIA, Charles Hunt, como um dos destaques do evento, segundo o informativo da OIA do outono de 2016<sup>8</sup>.

Apesar de o processo de regulamentação da profissão de osteopata estar se encaminhando no Brasil, há, ao longo dos últimos anos, certo enfraquecimento e inconsistência nos argumentos que defendem a independência profissional do osteopata no Brasil (FERREIRA, 2013), principalmente frente aos argumentos prescritivos da Resolução nº 220 do COFFITO. A experiência de multidisciplinaridade<sup>9</sup> vivenciada nos Jogos Olímpicos e Paralímpicos do Rio2106, onde o trabalho dos osteopatas, junto aos quiropraxistas estrangeiros e fisioterapeutas do mais alto padrão, profissões cuja prática apresenta zonas de intersecção muito importantes, deixou claro que mesmo mundo afora,

---

<sup>5</sup> D.O. (Diplomado em Osteopatia): sigla que designa o termo cunhado por Andrew Taylor Still, criador da Osteopatia, com o objetivo de diferenciar os osteopatas dos médicos alopatas nos EUA, e que é utilizado em alguns outros países para designar os osteopatas com formação completa em Osteopatia.

<sup>6</sup> O serviço de Osteopatia, foi formado por oito brasileiros e quatro estrangeiros, dentre os quais um inglês, que foi o osteopata-chefe do serviço de Osteopatia na Policlínica dos Jogos Olímpicos de Londres em 2012, e dois japoneses (um dos quais será o provável chefe do serviço de Osteopatia na Policlínica dos Jogos de Tóquio em 2020).

<sup>7</sup> *Osteopathic International Alliance (OIA) Annual Meeting.*

<sup>8</sup> Disponível em: [http://us13.campaign-archive1.com/?u=713b6b7f297a8f9b69840c160&id=7a9b2df59b&e=\[UNIQID\]](http://us13.campaign-archive1.com/?u=713b6b7f297a8f9b69840c160&id=7a9b2df59b&e=[UNIQID]). Acesso em: 14 abr 2017.

<sup>9</sup> Observando-se a prática terapêutica dos diversos profissionais envolvidos no serviço de terapias físicas da Policlínica, principalmente os provenientes de países onde as profissões, Osteopatia e Quiropraxia, já são regulamentadas, a experiência de **transdisciplinaridade** foi bem mais evidente, onde por muitas vezes, não se identificava com facilidade até onde iam as fronteiras do que fazia cada profissional.

ainda há dificuldade em se especificar a identidade do profissional osteopata (THOMSOM et al., 2014c).

Existe motivação para a utilização da palavra *práxis*, e não somente *prática*, no título do trabalho. Quando procuramos o significado da palavra *práxis* no dicionário ou em *sites* de busca, a primeira resposta que encontramos é “prática” (HOUAISS, 2001), o que já poderia justificar sua utilização. A escolha de *práxis*, no entanto, foi para além da sinonímia. Distanciamos-nos da percepção marxista de *práxis*, que se refere aos instrumentos em ação que determinam a transformação das estruturas sociais, criticando o idealismo e o materialismo, e visamos expressar exclusivamente a concepção aristotélica do termo.

Em *Ética a Nicômaco*, Aristóteles nos ajuda a entender as diferenças do ato de produzir, que sempre terá uma finalidade diferente do próprio ato de produzir, do ato de agir, onde a finalidade da ação está na própria ação (ARISTÓTELES, 1991). Aqui, a ideia central pode ser expressa pela frase: “Toda arte e investigação, e igualmente toda ação e todo propósito, tem em mira um bem qualquer; por isso o bem tem sido corretamente definido como aquilo para o que todas as coisas tendem” (SANTOS, 1997, p. 01). Sendo assim, o termo *práxis osteopática* neste trabalho, expressará que, a abordagem osteopática tem um fim em si mesma e o *bem* como objetivo.

Aristóteles, ainda em *Ética a Nicômaco*, considera a “*phronesis*” como a racionalidade da *práxis*, e nós, levando em consideração suas traduções – “sabedoria”, “prudência”, “bom senso”, “bem julgar” ou “temperança”, poderíamos encorpar a justificativa de sua utilização, já que estes são elementos necessariamente constitutivos da *práxis osteopática*.

O fato do pesquisador ser Osteopata D.O. (formado no Brasil pelo IBO<sup>10</sup>, Instituto Brasileiro de Osteopatia), membro do Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBrO), e ser sócio e docente nesse Instituto desde 2003, deixa clara a existência do conflito de interesses. O afastamento, tanto da docência como das deliberações da diretoria da escola, ao longo dos dois anos que cursou o Mestrado do PPGBIOS, foi utilizado para amenizar esse conflito. Porém como já relatado, no meio desse período, o pesquisador representou o Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBrO), como consultor externo e voluntário, do Comitê Organizador da Rio 2016 para formação do grupo de osteopatas que trabalhou no serviço da Policlínica Geral da Vila Olímpica dos Atletas nos Jogos 2016. O pesquisador também é fisioterapeuta, formado em 1992 pela Sociedade Universitária Augusto Mota.

---

<sup>10</sup> Escola de formação em Osteopatia, brasileira, que tem por objetivo formar osteopatas D.O., segundo as diretrizes de formação Tipo II (*part-time*), estabelecidas pelos *benchmarks* da Organização Mundial da Saúde (OMS).

## 1.1 ETIMOLOGIA

Quando se busca o significado da palavra *Osteopatia* no dicionário, descobre-se que ela não tem um significado específico em si, que esclareça bem o que ela representa. Essa busca parece criar um primeiro viés de confusão. As primeiras respostas que são encontradas, tanto etimologicamente falando, do grego *ostéon*, “osso” + *páthos*, “doença”, como na definição do dicionário, *designação genérica de qualquer doença dos ossos*, não são suficientes para nos suprir de informações sobre o que é Osteopatia ou a área de atuação de um osteopata. No entanto, nessa mesma fonte, encontra-se uma segunda resposta que pode ajudar a resumir um pouco melhor: *“terapia manual segundo a qual o corpo possui a capacidade de se reequilibrar, tendo como principal objetivo restabelecer o equilíbrio e o bom funcionamento do todo orgânico através da intervenção sobre os tecidos (articulações, músculos, ligamentos, tecido nervoso, vascular e linfático)”* (DICIONÁRIO ELETRÔNICO, 2016, s/p).

Apesar de mais esclarecedora, essa definição ainda é bem limitada. Os Princípios da Medicina Osteopática (AOA, 2016) são encontrados numa página específica do *site* da Associação Americana de Osteopatia (AOA, em inglês), estes Princípios servirão de referência ao longo de todo o texto, servindo de alicerces para a filosofia osteopática, criada pelo médico e pastor metodista Andrew Taylor Still (1828-1917). São eles:

1. O corpo é um todo; a pessoa é a união do corpo, da mente e do espírito.
2. O corpo é capaz de se auto-regular, auto-curar e de manter-se saudável.
3. Estrutura e Função estão reciprocamente relacionados.
4. O tratamento racional osteopático está baseado no entendimento dos princípios básicos de corpo como um todo, da auto-regulação e na inter-relação de estrutura e função.

(AOA, 2016)

## 1.2 HISTÓRIA DA OSTEOPATIA

Pode-se dizer que a história da Osteopatia é uma inovação, uma inspiração e um grande desafio desde o início (ORENSTEIN, 2017). A Osteopatia nasceu nos EUA, na segunda metade do século XIX, momento em que o país passava por um embate extremamente conturbado entre a Medicina *Regular* e a *Irregular*. Esse era um embate de crenças e práticas divergentes que tentavam ser reconhecidas e se impor como os caminhos verdadeiros na saúde (CORREIA, 2016). De um lado os médicos regulares, representados por médicos recém-chegados da Europa, com conhecimentos de bacteriologia e clínica médica, defendendo a regulamentação da profissão médica; e do outro, os médicos irregulares, médicos alternativos, que aprenderam a profissão de maneira direta e praticavam a medicina vigente, também chamada de medicina heróica ou simplesmente desenvolviam práticas alternativas, como o Herbalismo, o Mesmerismo e sobretudo a Homeopatia (CORREIA, 2005).

Andrew Taylor Still, nascido em 1828, no Condado de Lee, Virginia, EUA e filho de um pastor metodista e médico prático. Foi reconhecido já no início de sua trajetória como ferrenho abolicionista, elegendo-se político em 1857 e lutando ao lado do movimento abolicionista nos conflitos chamados de “O Kansas Sangrento<sup>11</sup>” (KYRBI, 2015, p. 2). Médico prático, Still trabalhou em um hospital durante a Guerra de Secessão, vivenciando cirurgias e a prática terapêutica médica, que nesse tempo não se baseava nem na ciência, muito menos em evidências.

Presenciou centenas de mortes por conta de tratamentos à base de terapias catárticas e utilização de opiáceos, morfina, arsênico, cocaína e álcool para o tratamento de doenças comuns, o que além de matar, também aumentaria consideravelmente o número de jovens viciados nesses entorpecentes no período do pós-guerra (CORREIA, 2016). Além disso, sofreu um grande choque com a perda da esposa e de três filhos num surto de meningite, em que o tratamento médico alopático utilizando drogas como via de cura não funcionou. A descrença de Still o impeliu a romper com a medicina vigente, concluindo que sua doutrina em prática era institucional e fundamentalmente falha, pois não atingia as dimensões corpo/mente/espírito, não prevenia doenças e muito menos permitia que o corpo utilizasse sua capacidade de se autocurar.

---

<sup>11</sup> “*The Bleeding Kansas*”.

Ele se estabeleceu no Oeste americano e aprofundou seus estudos buscando respostas às suas questões; foi estudar Medicina na City School of Kansas, mas não terminou sua formação por achá-la repetitiva e incompleta. Nesse contexto, teve suas ideias contestadas por seus pares e foi rejeitado pelas organizações médicas e sociais, o que o levou a permanecer como itinerante entre Kansas e Missouri. No entanto, sua prática terapêutica começou a se tornar conhecida e demandada, o que o levou a se estabelecer em Kirksville, Missouri (LESHO, 1999).

A.T. Still criava, assim, uma prática médica alternativa, um novo sistema de abordagem médica ao qual batizaria, em 1874, de Osteopatia (STILL, 1908). Para Still, doença seria “qualquer coisa anormal no corpo, quer seja uma excrescência de um músculo, de uma glândula, de um órgão, uma dor física, um entorpecimento, uma febre, um resfriado ou qualquer outra coisa que não é necessária à vida e ao conforto” (STILL, 1902 apud CORREIA, 2016, p. 70).

Andrew Taylor Still concebeu o tratamento baseado na anatomia e no entendimento do corpo humano como um microcosmo, onde bloqueios na estrutura anatômica seriam capazes de afetar seu equilíbrio, necessitando ser retirados para o restabelecimento da homeostase e a cura das doenças (CORREIA, 2016, p. 70).

Esses bloqueios na estrutura anatômica, frequentemente chamados de “entraves” por A.T. Still, foram difundidos inicialmente pelo termo *lesão*, que ao longo do século XX foi evoluindo e sendo chamada pelos médicos osteopáticos americanos e pelos osteopatas internacionais, de *lesão osteopática*. Atualmente, *disfunção somática* é o termo mais conhecido e utilizado pela comunidade osteopática (LIEM, 2016).

Algumas teorias científicas, como a do *segmento facilitado*, apresentada por Irvin Korr (KORR, 1993), Ph.D. em Fisiologia e Biomecânica, representante da vertente americana da Medicina Osteopática, tentam fundamentá-la, mas sua relevância é fortemente questionada em relação à profissão moderna, por conta de sua patofisiologia não estar claramente estabelecida e sua detecção ou diagnóstico serem pouco confiáveis (FRYER, 2016).

A.T. Still fundou em 1892, em Kirksville, Missouri, a Escola Americana de Osteopatia, onde defendeu, desde a primeira turma com 17 alunos (LIEM, 2016), a participação de mulheres e afro-americanos na graduação médica. Em sua biografia, A.T. Still sempre apoiou a inclusão das mulheres e das minorias na formação médica, admitindo seus alunos pelos méritos, e não pela raça ou gênero (TROWBRIDGE, 1991).

Jason Kirby questiona por que e onde os valores e a profissão osteopática americana se sustentam em relação a outras subdivisões da medicina, como a homeopatia, por exemplo. Sua resposta está na postura de liderança verdadeiramente ética do seu fundador, A.T. Still, aliada a sua atitude empreendedora, senso de *marketing* e *lobby*, além de suas convicções morais. Sua visão de uma estrutura médica holística e empática do paciente, que não foca primariamente o gerenciamento da doença, mas o tratamento do paciente como um todo e, conseqüentemente, a prevenção dessas doenças, já era bem inovadora em seu tempo e ainda permanece assim nos dias de hoje. A compaixão humanista de Still continua pujante, e atualmente há mais osteopatas trabalhando em áreas carentes nos EUA do que médicos alopatas (KYRBI, 2015).

Ao longo do século XX, estruturas legais e regulatórias diferentes ao redor do mundo classificaram a Osteopatia em duas vertentes profissionais, a dos médicos osteopáticos (*osteopathic physicians*) e a dos osteopatas (*osteopaths*). Nos EUA, a formação respeita os padrões profissionais e acadêmicos médicos do país, formando médicos osteopáticos que têm direitos de diagnosticar e prover tratamento médico de forma completa e ilimitada, podendo tornar-se especialistas em qualquer ramo da assistência médica. Sua diferença cabal para os M.Ds. (*medical doctors*) é a de receberem essa formação médica, paralelamente integrada aos estudos dos princípios filosóficos osteopáticos e ao treinamento no tratamento manipulativo osteopático. Fora dos EUA, os médicos osteopáticos também clinicam na Austria, Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Rússia, Singapura, Suécia e Suíça.

Já a outra vertente, a dos osteopatas, que são profissionais de saúde de primeira intenção, não goza dos plenos direitos dos médicos osteopáticos. Eles não prescrevem medicamentos, nem realizam cirurgias ou realizam quaisquer outras funções específicas de um médico. O osteopata é aquele que, atingindo os padrões profissionais e acadêmicos reconhecidos em seu país, pode prover Osteopatia (OIA, 2017). Também já é reconhecido como profissional independente em outros países, como Austrália, Nova Zelândia, Finlândia, França, Islândia, Luxemburgo, Malta, Portugal, Suíça, Turquia e Reino Unido, além de estar em processo avançado de regulamentação em vários outros países europeus (FORE, 2016).

### 1.3 HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NO BRASIL

Apesar de os médicos gregos, incluindo Hipócrates (460-370AC), serem considerados os primeiros praticantes de terapias físicas, massagem, terapia manual e hidroterapia, com o objetivo de tratar pessoas, o termo “fisioterapia”<sup>12</sup>, só foi publicado pela primeira vez pelo Dr. Edward Playter, num artigo para o *Montreal Medical Journal* em 1894. Há relatos de que o termo tenha sido cunhado originalmente em alemão, *Physiotherapie*, pelo médico militar da Bavária, Dr. Lorenz Gleich, em 1851. Ao longo da segunda metade do século XIX, diversas terapias físicas curativas já eram amplamente utilizadas, tais como: exercício; manipulação; massagem; hidroterapia; balneoterapia; eletroterapia; terapias de luz e de ar; além do calor e do frio; também chamados de termoterapia. No entanto, esse amplo espectro de terapias só se agrupou sob um único guarda-chuva após o termo *fisioterapia* ser criado.

As primeiras escolas a formarem fisioterapeutas datam de 1895 na Inglaterra, e 1902 na Alemanha. Depois disso, diversas outras instituições com esse intuito foram sendo criadas pela Europa, nos EUA, Canadá e Austrália (KUMAR, 2010; BARROS, 2008).

Na segunda metade da década de 1940, esse processo também se iniciou na América Latina. Em 1925, na precursora Argentina, foi criado um dos primeiros serviços especializados no Instituto Municipal de Radiologia e Fisioterapia de Buenos Aires. Em seguida entre 1952-1953, na Colômbia, na Escola Nacional de Fisioterapia; e logo depois foi criada, no Chile, a Escola de Fisioterapia da Universidade do Chile, em 1956 (BARROS, 2008).

Na tentativa de manter a reputação dos serviços oferecidos por massagistas<sup>13</sup>, Lucy Robinson, Rosalind Piaget, Elizabeth Manley e Margaret Palmer criaram a Sociedade de Massagistas Treinadas em 1894. Passados seis anos, a sociedade ganhou *status* legal e público de organização profissional, unindo-se a outras instituições para formar, em 1944, a sociedade que ainda leva esse nome no Reino Unido – a Sociedade Organizada de Fisioterapia<sup>14</sup>. Nos EUA, em 1925, Mary MacMillan criou a Associação Americana de Mulheres Fisioterapeutas, que algum tempo depois se transformou na conhecida Associação de Fisioterapia Americana (APTA).

---

<sup>12</sup> *Physiotherapy*

<sup>13</sup> Na época algumas pessoas inescrupulosas ofereciam massagem como um eufemismo para outros serviços, o que acontece até os dias de hoje.

<sup>14</sup> *The Chartered Society of Physiotherapy*

Dois grandes eventos impulsionaram a evolução técnica e política da nova abordagem. Em primeiro lugar, o surto de poliomielite que assolou Nova York e Nova Inglaterra no início do século XX; e quase 50 anos depois, a II Guerra Mundial. Ambos contribuíram fortemente para o desenvolvimento de técnicas de avaliação manuais musculares, terapias de mobilização passiva articular, chegando a se especializar em tratar sequelas das vítimas de guerra. (KUMAR, 2010).

Em 13 de outubro de 1969, a profissão de fisioterapeuta foi regulamentada no Brasil, através do Decreto-Lei nº 938, que a definiu como: “Profissão de nível superior, cabendo ao fisioterapeuta, de forma privativa, a realização de métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente” (DL Nº 938, 1969).

Antes dele, quatro projetos tramitavam desde 1958 pelo Congresso Nacional, tentando a regulamentação profissional e sua formação. Apesar de todos os autores concordarem com o peso histórico do Decreto-Lei nº 938 no estabelecimento da profissão de fisioterapeuta no Brasil, diversos acontecimentos que o antecederam foram muito importantes no processo de viabilização.

Em 1919, o Prof. Raphael de Barros fundou o Departamento de Eletricidade Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), marco do início da prática da Fisioterapia no Brasil. Dez anos mais tarde, o médico Dr. Waldo Rolim Moraes instalou dois serviços em São Paulo: o serviço de Fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e o serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo, ligado à Faculdade de Medicina da USP. O mesmo Dr. Rolim planejou o primeiro curso de Fisioterapia do Brasil em 1951, patrocinado pelo Centro de Estudos Raphael de Barros, com o objetivo de formar técnicos em Fisioterapia. O curso, que formou inúmeros fisioterapeutas, persistiu até 1958, quando a Lei nº 5029 criou, anexo à cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), o Instituto de Reabilitação (IR).

Esse curso surgiu através de conversas entre a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Confederação Mundial para Fisioterapia (*World Confederation for Physical Therapy – WCPT*), mediadas pelo Prof. Godoy Moreira, catedrático de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. Nesse instituto se estabeleceu o primeiro curso de Fisioterapia com padrões internacionais mínimos para atender aos programas de reabilitação que a OPAS desenvolvia na América Latina.

Paralelamente no Rio de Janeiro, Capital Federal do Brasil na época, sob forte influência de organismos internacionais como a WCPT, ligada à OMS e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) criou a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ) em 1956, primeira instituição a oferecer no Brasil um curso de graduação em Fisioterapia de caráter regular. Havia enorme preocupação com as sequelas das epidemias de poliomielite que assolavam as grandes cidades brasileiras na época, que em 1953 chegaram a atingir taxas de 53 pessoas para cada 50 mil habitantes (NOGUEIRA, 2002 apud BARROS, 2008). E ainda, houve a mobilização da alta sociedade carioca nesse sentido. Além da ERRJ em 1956, outras instituições também iniciavam suas graduações de forma regular, como o Instituto de Reabilitação de São Paulo, em 1958, e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, em 1962 – isso tudo antes mesmo de o Decreto-Lei nº 938/1969 regulamentar a profissão de fisioterapeuta no Brasil.

Independentemente das demandas locais, relacionadas sobretudo às sequelas da epidemia de paralisia infantil que afetou a população de diversas capitais brasileiras, vale ressaltar o forte movimento de organizações internacionais (OPAS, OMS, WCPT, UNICEF) auxiliando profissionais e serviços de reabilitação ligados a universidades, como aconteceu em São Paulo, assim como a ABBR no Rio de Janeiro, na criação de cursos regulares de graduação em Fisioterapia com padrão internacional.

A oferta de cursos de graduação em Fisioterapia cresceu logo após sua regulamentação em 1969: eram seis cursos, que aumentaram para 22 em meados da década de 1980, principalmente por conta da resistência do regime ditatorial militar ao desenvolvimento do ensino superior, mas também pelo pouco conhecimento da população sobre os benefícios da fisioterapia (MARQUES; SANCHES, 1994). Entretanto, a partir do início da década de 1990, estimuladas pela inversão de valores de outrora, todas as profissões e áreas de conhecimento passaram por processo de ampliação, e a quantidade de cursos aumentou de 63 em 1995 para 479 em 2008 (NEVES 2007 apud BISPO JR, 2009).

Tal aumento quantitativo não se expressou da mesma forma em relação à qualidade do ensino, e em detrimento de importantes preocupações sociais, privilegiaram-se o tecnicismo, a fragmentação do conhecimento, a especialização, a cura de doenças e reabilitação de sequelas. São formados profissionais fisioterapeutas que atuam quase que exclusivamente no nível terciário, com visão privatista de assistência e sem abertura para discutir intervenções em âmbito coletivo (BISPO JR, 2009). A profissão se fortaleceu politicamente, após derrotar

em 1972, no Congresso Nacional, a tentativa de sua Comissão de Saúde, formada exclusivamente por médicos, de alterar o texto do Decreto-Lei nº 938/69, que tentava trocar a palavra *fisioterapeuta* por *técnico em fisioterapia* e proibir o fisioterapeuta de atender demandas espontâneas ou sem supervisão médica.

Essa não foi a única vitória da Fisioterapia. Em 2013, o Ato Médico foi sancionado com vetos que ajudaram a manter a Fisioterapia brasileira com um dos maiores campos de atuação no mundo. Com o passar do tempo ela foi se elitizando, desenvolvendo especialidades como a fisioterapia estética, fisioterapia esportiva, a reeducação postural global, pilates e a acupuntura. Se respaldando na Resolução nº 220/2001 (COFFITO, 2001), tenta-se manter aqui no Brasil, também como especialidades exclusivas da Fisioterapia, a Osteopatia e a Quiropraxia.

#### 1.4 UMA ANALOGIA DE CONFLITOS?

Existem dois tipos de formação em Osteopatia orientadas pela OMS: a formação do tipo 1, que é a graduação em tempo integral (*full time*), onde um aluno egresso do 2º grau pode iniciar a formação; e a outra, que é a que existe no Brasil atualmente, a do tipo 2, que é uma formação em tempo parcial (*part time*), em que profissionais da Fisioterapia, mais frequentemente, e da Medicina, participam da formação. Vivencia-se, ainda, duas diferentes correntes no Brasil: uma que, seguindo as diretrizes mundiais, defende a Osteopatia como uma profissão independente, representada pelo Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBO), membro da OIA, e a outra, sustentada por Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (BRASIL, 2001b; 2011), que defende a osteopatia como Especialização Profissional exclusiva do Fisioterapeuta.

O processo de reconhecimento e regulamentação da profissão no Brasil é longo; um grupo pioneiro de osteopatas busca há mais de 20 anos por esses objetivos. Algumas vitórias foram alcançadas nos últimos anos, a saber: a classificação do osteopata como ocupação na CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), órgão ligado ao Ministério do Trabalho (CBO, 2013) e também a elaboração de um Projeto de Lei com o objetivo de regulamentação que se encontra em trâmite na Câmara dos Deputados (BRASIL/CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015).

Vale ressaltar que os ataques que a Fisioterapia sofreu logo após sua regulamentação pela Comissão de Saúde do Congresso (formada exclusivamente por médicos) em 1972, e mais modernamente, através do Ato Médico, podem ser comparados à necessidade de controle da demanda e autonomia profissional. O atual posicionamento paternalista da Fisioterapia em relação à Osteopatia dificulta todo o processo de regulamentação e independência da profissão, cerceando a prática de alguns profissionais brasileiros. Estes, legalmente graduados em Osteopatia mundo afora (Formação Tipo 1 da OMS) ou com formação completa em osteopatia aqui no Brasil (Formação Tipo 2 da OMS), encontram dificuldade para trabalhar como osteopatas no país, mesmo gozando do reconhecimento mundial por seus pares.

## **2 MÉTODO**

### **2.1 HIPÓTESE E OBJETIVOS**

#### **2.1.1 Hipótese**

A Osteopatia é uma profissão independente, que se ancora em paradigmas que a diferem da fisioterapia, sob o olhar da sociologia das profissões e da construção dos saberes.

#### **2.1.2 Objetivo geral**

Identificar a osteopatia como uma profissão independente.

#### **2.1.3 Objetivos específicos**

- Identificar o conceito de profissão a partir da sociologia das profissões;
- Contextualizar o cenário da legislação nacional e internacional sobre a Osteopatia e o debate político sobre o tema;
- Comparar a práxis osteopática e o paradigma biomédico.

### **2.2 TIPO DE ESTUDO**

Este trabalho foi elaborado através de um estudo de revisão bibliográfica narrativa (ROTHER, 2007), onde estão relacionados documentos científicos tais como artigos científicos originais, artigos de revisão, e monografias que tratam objetivamente das conceituações e temática abordadas pela proposta da pesquisa.

A busca bibliográfica foi realizada em estudos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coordenada pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS); *Scientific Electronic Library On Line* (SciELO); PubMed; Scholar Google; e a

Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

Os descritores “osteopatia”, “medicina osteopática”, “terapias complementares”, “fisioterapia”, “sociologia das profissões”, “campos de saber”, “campos de conhecimento”, “ética”, “bioética”, “práxis” e “epistemologia”, utilizados na estratégia de busca, foram retirados de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da BVS. Utilizamos o operador booleano “AND” para a interseção dos assuntos.

O resultado da busca bibliográfica nas bases eletrônicas de dados obteve um número relevante de documentos que foram elegíveis para a construção do referencial teórico. Importante destacar que, durante a leitura dos resumos e textos, foram encontrados indícios bibliográficos que nos levaram a outros documentos, reforçando nossa argumentação teórica. Ao final do processo da pesquisa, totalizamos 186 referências e 22 fontes de consulta bibliográfica.

Para definir os documentos que fariam parte do estudo, adotaram-se alguns critérios de inclusão:

- 1) ser original e publicado na língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola;
- 2) relacionar os descritores definidos no documento;
- 3) apresentar informações relevantes ao tema do trabalho em seu resumo.

Parte do material da bibliografia foi incluído diretamente na revisão por conta da indicação sugerida pela orientação e docentes, com o intuito de substanciar o trabalho.

### 3 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

A contribuição da Sociologia das Profissões para a compreensão dos processos de estruturação de determinados grupos profissionais em busca da conquista ou manutenção de um *status* social, a credencia como marco teórico para este trabalho, que procura embasar nossa discussão em torno da Osteopatia – ou seja, se ela apresenta os requisitos necessários para se qualificar como uma profissão (ALMEIDA, 2010). A Sociologia das Profissões é uma especialidade da Sociologia geral que explora o processo de profissionalização especificando um conjunto de atribuições inerentes e comuns a todas as profissões (CARDOSO, 2005). Machado levanta algumas questões polêmicas e contemporâneas em torno do objeto, tais como: que critérios sociológicos que definem uma profissão? O que diferencia uma profissão de uma semiprofissão? Há um processo crescente de profissionalização na sociedade? Ou vivemos a era da desprofissionalização de corporações poderosas, como a Medicina, o Direito e a Engenharia? (MACHADO, 1995).

Harold Wilensky discutiu o assunto em 1964, quando publicou um artigo chamado “*The Professionalization of Everyone?*”, traduzido livremente como “A profissionalização de todo mundo?”; Magali Sarfatti Larson, que publicou o livro *Rise of Professionalism: A Sociological Analysis (A ascensão do profissionalismo: uma análise sociológica)*, em 1977; e principalmente, Eliot Freidson. Ele foi responsável por importantes contribuições para a Sociologia das Profissões, com as seguintes publicações: *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge* (no Brasil, *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*, publicado pela primeira vez em 1970); depois publicou *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge (Poderes profissionais: um estudo sobre a institucionalização do conhecimento formal)*, em 1986, e *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*, traduzido como *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*, em 1994.

Sergio Rego (REGO, 1994) observa uma dificuldade da Sociologia das Profissões em obter êxito ao analisar as dinâmicas profissionais no Brasil, pois o liberal típico, conforme considerado em seu paradigma convencional, é cada vez mais raro no Brasil. As significativas reflexões de Freidson, sobretudo através do conceito de *profissão de consulta* (FREIDSON, 2009), ajudarão a esclarecer importantes questões da temática profissional que estão alinhadas à abordagem da Osteopatia neste trabalho.

### 3.1 BREVE PERFIL DE ELIOT FREIDSON

Eliot Freidson, Ph.D., foi professor emérito de Sociologia da New York University e ganhou alguns prêmios por suas publicações no âmbito da Sociologia Médica. Desenvolveu um modelo conceitual analítico relacionado às profissões, segundo o qual a autonomia técnica aparece como elemento central na construção da identidade profissional, o uso do conhecimento formal pode ser percebido como um exercício de poder e a profissão constitui a fonte mais útil para identificarmos os agentes carreadores do conhecimento formal (FREIDSON, 1986). Evita-se, assim, reproduzir as definições dos profissionais sobre eles mesmos, rompendo com os primeiros teóricos que davam mais importância à concepção ideológica profissional (FREIDSON, 2009).

Ele apresenta uma distinção entre ocupação e profissão, que apesar de estarem relacionadas, não se equivalem. Em seu livro *Profissão médica*, Freidson aborda a medicina, deixando claro que suas reflexões poderão ser usadas para a análise de qualquer ocupação ou profissão em geral ou profissões de consulta em particular, além de fazer uma análise ampla sobre a profissão médica, explicitando os dois lados do significado da palavra “profissão”, um tipo especial de ocupação, e como um reconhecimento de uma promessa. Isso traz à tona sua perspectiva sobre profissionalização, que se mantém atual e poderá ajudar nesta dissertação relacionada à Osteopatia.

O objetivo inicial do trabalho será o de esclarecer de forma mais ampla o que é profissão, antes de se aprofundar nos conceitos e proposições de Freidson acerca da Sociologia das Profissões.

### 3.2 O QUE É PROFISSÃO?

Segundo o próprio Freidson, a palavra “profissão”, em inglês “*profession*”, tem uma história longa em todas as línguas europeias com raízes latinas. O uso do inglês arcaico é, nos dias de hoje relativamente incomum. Profissão como uma declaração, um reconhecimento, ou expressando intenção ou propósito, termo muito usado pelos clérigos de antes do século XVI, parece justificar o aparecimento dessa palavra aplicada a ocupações seculares, tanto como para o clero. Nessa época, “profissão” se referindo a uma ocupação, estaria exclusivamente relacionada a ocupações ligadas às leis, medicina e divindade, sendo que, de forma menos comum, poderia estar relacionada aos militares (FREIDSON, 1986). Segundo Barbosa (1999,

p. 187), para Freidson “é necessário elaborar um conceito de profissão distinto das noções populares e que leve em conta a especificidade histórica e ‘geográfica’ deste tipo de organização de trabalho institucional”.

Em seu *Dicionário Crítico de Sociologia*, Boudon e Bourricaud (2001) nos oferecem uma definição mais completa do termo “profissão”:

Atividade especializada permanentemente exercida e institucionalizada, dependendo quanto as funções e status social, do tipo de estratificação social e do grau de divisão do trabalho atingido por uma determinada sociedade. Os padrões específicos da cultura e a posição relativa das diversas camadas que compõe a sociedade determinam as funções atribuídas a cada profissão e o status que ocupa na escala social. Mudanças culturais podem modificar o status das profissões existentes ou fazer surgir novas profissões por desdobramento das antigas ou pelo aparecimento de novas atividades, presas a novos inventos ou técnicas. Também alterações de estrutura social podem influir sobre o status das profissões. (BOUDON; BOURRICARD, 2001, p. 451-452).

Para Freidson, profissão corresponderia a uma ocupação que regula seu próprio trabalho, e é organizada por instituições especiais que são sustentadas em parte por uma ideologia particular de experiência e utilidade, sendo, antes de tudo, um tipo de trabalho especializado, particular, localizado em um universo de trabalho muito maior (FREIDSON, 1998; 1999).

Importante ressaltar que a palavra “profissão” tem sido utilizada com significados diversos, sobretudo em seu uso comum.

No que diz respeito à “pluralidade lexical”, profissão, segundo Almeida (2010), tem-se traduzido no recurso a expressões como “*profession*” ou “*occupation*”, na tradição anglo-saxônica; “*profession*”, “*métier*”, ou “*groupe professionnel*”, na tradição francófona; “profissão”, “ofício” ou “ocupação”, na tradição portuguesa. Apesar de relacionados, ocupação e profissão não têm o mesmo peso: profissões são tipos de ocupações com características específicas, onde toda a profissão é uma ocupação, mas nem toda ocupação é uma profissão. Pimenta (2014) aborda a teoria inicial de Freidson, que pretende ser uma teoria geral das ocupações e um modelo teórico sobre o controle e a organização do trabalho profissional, com a evolução dos seus estudos (FREIDSON, 1996), desenvolvendo um tipo ideal de guia sistemático para analisar os órgãos e recursos exigidos para o estabelecimento do que denomina “profissionalismo” – tema que será aprofundado a seguir. Para Freidson, o tipo ideal de profissionalismo seria como um conjunto constante de características que interagem com os órgãos e recursos como variáveis. Adota também outros critérios para definir profissões que são apresentados por Bonelli (1998) e se baseiam:

- na exposição à Educação Superior e ao conhecimento formal abstrato que ela transmite;
- na capacidade de a profissão exercer poder e ser uma forma de ganhar o sustento;
- ser uma ocupação cuja formação superior é pré-requisito para obter posições específicas no mercado de trabalho, excluindo os que não possuem tal qualificação. (BONELLI, 1998, p. 24).

Os critérios adotados por Freidson podem ter sido influenciados pela abordagem funcionalista, a corrente mais antiga a desenvolver a conceituação de profissão, tentando transformar uma ideia abstrata em algo concreto, possibilitando um olhar mais real do objeto. Ela se ancora em três pressupostos desse conceito: o *estatuto profissional*, que deriva do conhecimento que se divide em saber prático e saber científico, formando comunidades em torno do mesmo saber, valores e ética de serviço; o *reconhecimento social*, que se faz obrigatoriamente necessário para a afirmação da profissão, cujo reconhecimento se dará através das competências específicas adquiridas através de longa formação científica; e as *instituições profissionais*, que se dividem na formação e na defesa dos direitos do grupo. As instituições de formação superior e as escolas vão transmitir os conhecimentos e permitir a socialização dos profissionais e as associações profissionais, que serão as responsáveis pela promoção da profissão junto à sociedade e pela manutenção ou aumento da autonomia e autoridade profissional (FREIDSON, 2009; MORAIS, 2016).

Para Denise Cardoso (2005), Freidson segue um caminho no qual não demonstra preocupação em caracterizar os profissionais num sistema de classes; sua preocupação é diferenciar as verdadeiras profissões das ocupações, considerando que as profissões possuem história, paradigmas, competências e formas de expressão social diferentes, culturas próprias e distintas, além de uma propensão ao etnocentrismo.

### 3.3 CONCEITOS E PROPOSIÇÕES DE ELIOT FREIDSON EM SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

Após esmiuçar profissão no tópico anterior, torna-se conveniente aprofundar no que Freidson elege como conjunto de requisitos primordiais para a diferenciação entre as ocupações e as verdadeiras profissões. Especificamente, profissionalismo, profissionalização, autonomia profissional e abrigos no mercado, credenciamento, o Estado e o mercado e

identidade profissional. No entanto, observa-se uma inter-relação contínua entre todos os requisitos mencionados.

### 3.3.1 Profissionalismo

Profissionalismo pode ser definido como sendo o processo pelo qual as profissões têm que passar, para que se tornem mais específicas. Isso se dá através de uma conceituação dos conhecimentos adquiridos na prática, passando-os para uma categoria de saberes analíticos, que dariam um suporte teórico mais robusto para os grupos profissionais específicos. Os profissionais desenvolvem a capacidade de construir uma doutrina, uma ideologia que lhes justificaria sua própria existência, o que afirma a capacidade dos grupos profissionais de “criarem” profissionalismo (MORAIS, 2016).

Para Rúben Morais, o profissionalismo tem duas premissas:

- As profissões realizam tarefas essenciais à vida, a segurança e bem-estar da sociedade.
- Só as profissões podem realizar essas tarefas, porque, através de longos períodos de formação, adquiriram conhecimentos complexos e teóricos; e porque colocam o interesse coletivo à frente do seu próprio interesse. (MORAIS, 2016, p. 5).

Ralph Reed e Daryl Evans (1987) foram, no entanto, aprofundaram e definiram dez componentes do profissionalismo:

1. A profissão possui um corpo de conhecimento circunscrito e socialmente valioso.
2. Os membros de uma profissão determinam os parâmetros de conhecimento e *expertise*.
3. A profissão atrai estudantes de alta qualidade que passam por um extenso processo de socialização enquanto são absorvidos pela profissão.
4. O Estado autoriza a Profissão de licenciar os praticantes. Os conselhos de licenciamento e admissão são majoritariamente formados por membros da profissão.
5. Há um ostensivo senso de comunidade e interesses mútuos entre os membros da profissão.
6. A política e a legislação social relacionada a profissão são fortemente influenciadas pelos seus próprios membros através de lobby ou testemunho de especialistas.
7. A profissão tem um código de ética que governa a prática cujos princípios são mais rigorosos que os controles legais.
8. A orientação para o serviço supera os interesses de propriedade do profissional.
9. Profissões são ocupações terminais, ou seja, poderão ser a única escolha ocupacional do praticante para a vida toda.
10. Uma profissão é livre de regras de controle, com seus praticantes exercendo um alto nível de autonomia ocupacional. (REED; EVANS, 1987, p. 3279).

Boa parte das ideias funcionalistas foram consideradas estáticas pela segunda corrente a desenvolver o conceito de profissão, a dos interacionistas, que propuseram um aprofundamento que lidasse melhor com a realidade complexa do conceito de profissão, tornando-o mais poderoso. Para eles, nem todo o grupo profissional surge de uma demanda social, nem todos os grupos profissionais são homogêneos. Os autores defendiam que entre a ocupação e a profissão existiria um processo que, obrigatoriamente, todos os grupos percorriam: a profissionalização (MORAIS, 2016).

### 3.3.2 Profissionalização

Profissionalização é o caminho que uma ocupação organizada, alegando quase sempre competências esotéricas especiais e necessidade de cuidar da qualidade do trabalho e dos consequentes benefícios desse controle para a sociedade, buscando obter controle sobre seu trabalho (FREIDSON, 1998).

Harold Wilensky afirma que qualquer ocupação que deseja a autoridade do exercício profissional deve inicialmente encontrar uma base técnica para tal e conquistar uma jurisdição exclusiva, depois unir ambas, competência técnica e jurisdição em padrões de formação técnica e por fim, convencer o público de que este serviço é único e exclusivamente confiável (WILENSKY, 1964).

No Brasil, os termos “profissionalização” e “profissionalizante” se confundem; normalmente se referem ao processo educacional que capacita o estudante do ensino médio, profissionalizando-o e determinando-lhe uma profissão – processo ao qual Freidson chamaria de “treinamento ocupacional”. É diferente do que ele propõe para profissionalização, em que a institucionalização do treinamento que se daria nas universidades, diferenciando-se completamente daquele das ocupações, tanto na criação como na extensão do discurso das disciplinas, do corpo de conhecimentos e das qualificações da profissão (FREIDSON, 1998).

Wilensky desenvolveu extenso estudo sobre 18 profissões nos EUA, a partir do qual estabeleceu uma sequência de cinco etapas que são seguidas pelos grupos ocupacionais na busca do *status* de profissão (WILENSKY, 1964).

Maria Helena Machado (1995) organiza essas etapas e as resume nestes cinco passos:

1. O trabalho torna-se uma ocupação em tempo integral. Isto ocorre dada a “necessidade social” e o surgimento e aplicação do trabalho específico.
2. Criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento é feita por pares experientes, gerando controle sobre a formação. O

conhecimento não é mais transmitido hereditariamente aos membros da família, mas de forma sistematizada e universal para aspirantes.

3. Formação de associação profissional onde: são definidas as tarefas primordiais do grupo; se gerencia conflitos internos entre formações distintas e conflitos com outros grupos que desenvolvem atividade semelhante. Moldando o perfil profissional que dará identidade ao grupo.

4. A profissão é regulamentada. Fase essencial para a atividade profissional onde se define o território profissional, que vai assegurar o monopólio de competência do saber e da prática profissional.

5. Definição do código de ética. Estabelecem-se normas e regras profissionais para o maior auto-controle. Além de assegurar legalmente o direito de expurgar os não-profissionais, considerando-os charlatães ou não aptos para o serviço. (WILENSKY apud MACHADO, 1995, p. 19).

Como visto na 5ª etapa acima, Wilensky confirma que o processo de profissionalização vem sempre acompanhado por uma campanha para separar o competente do incompetente, o que dispara o processo de definição das tarefas profissionais essenciais, o desenvolvimento de um conflito interno entre os práticos provenientes de formações variadas e alguma competição com os outros profissionais que desempenham trabalho similar (WILENSKY, 1964).

Barbosa, em seu artigo “A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto” (BARBOSA, 1993), postula que seria uma tendência da Sociologia das Profissões passar do simples estudo funcionalista do papel apropriado de cada profissão e do fenômeno da profissionalização, para uma análise da dimensão de relação de poder gerando desigualdade social, para o qual o conceito de *status* é essencial.

A terceira corrente, também chamada de neo-weberiana (ALMEIDA, 2010), que abarca especialmente Eliot Freidson e Magali Sarfatti Larson, adota criticamente as ideias interacionistas. Introduce, no entanto, a ideia do poder no cerne da teoria do conceito de profissão, sendo por isso, chamados de teóricos do poder (BONELLI, 1998).

Maria Lígia Barbosa aborda a profissionalização como sendo um processo de monopolização, pelas categorias de trabalhadores, de algumas áreas de competência, delimitadas pela divisão do trabalho, e também na luta pelo monopólio, pela organização de um mercado protegido e razoavelmente fechado. Esta é a marca distintiva das profissões enquanto grupos sociais (BARBOSA 1993).

A luta pelo *status* como relação de poder é determinada pelas condições do mercado e se traduz num projeto coletivo de mobilidade social. As fontes de prestígio que são incorporadas como meio para essa mobilidade social podem ser vistas, segundo Magali Larson (1977), de três dimensões diferentes:

- o grau de independência em relação à estrutura do mercado;
- o grau de modernidade ou de distância das fontes tradicionais;
- o grau de autonomia ou o peso maior ou menor da própria profissão na definição dessas fontes. LARSON, 1977, p. 67).

Em consequência, “o processo de profissionalização é visto como luta/usurpação da honra, prestígio etc., e as guildas medievais tornam-se um parâmetro, mesmo que de caráter negativo, para a caracterização dos grupos profissionais” (BARBOSA 1993, p. 08).

### 3.3.3 Autonomia Profissional e abrigos no mercado

Entende-se por autonomia profissional a capacidade de se cumprir uma tarefa, com o máximo de liberdade e poder de decisão (MORAIS, 2016), permitindo-se controlar o desempenho da tarefa profissional apenas por membros do grupo profissional e ao mesmo tempo, ter controle sobre eles. Para Larson (1977), o poder das profissões seria tão grande quanto sua capacidade de fechamento social das profissões (FSP), conceito desenvolvido por ela e que tem duas ideias:

- O FSP é a capacidade do grupo profissional em impedir que elementos de outros grupos entrem, sabendo-se que há grupos com maior e menor poder de fechamento devido ao elemento associativo, monopólio de saber e sistema de licenças.
- O FSP é a capacidade que um grupo tem de impedir que haja outros grupos exercendo sua ação, fechando socialmente a área de intervenção. (LARSON, 1977 apud MORAIS, 2016, p. 9).

Larson comente ainda sobre a questão da autonomia profissional, procurando expor os momentos históricos do nascimento dos grupos profissionais para entender como se estabelecem a autonomia e os ideais de serviço, elementos constitutivos de uma nova ideologia.

A autonomia profissional assume a maioria dos componentes do profissionalismo listados na sua conceituação anteriormente, sendo que a legitimação social dessa autonomia se baseia em duas premissas:

- De que a profissão irá seguir assiduamente aos imperativos do profissionalismo (o código de ética será observado, por exemplo)
- A conduta autônoma profissional está garantida pelos benefícios sociais que são acumulados pelo licenciamento da autonomia. (REED; EVANS, 1987, p. 3279).

Os abrigos de mercado, que correspondem aos exclusivos direitos assegurados ao desempenho de determinada prática ou competência, seriam para Larson o fechamento social

da profissão (LARSON, 1977). Para Freidson, abrigo de mercado seria o direito de controlar tanto o acesso, como o treinamento do corpo de conhecimentos e competências sobre a qual a ocupação reivindica jurisdição e a avaliação de como o trabalho está sendo realizado (FREIDSON, 1986).

A autonomia profissional será uma das três fontes de poder que, juntamente com o monopólio do saber e o credencialismo, sustentarão o grupo profissional que representa a profissão (MORAIS, 2016). Grupo que vai se legitimar socialmente mediante a posse de uma habilitação que comprove esse conhecimento especializado. As ocupações devem persuadir a sociedade e o Estado sobre seu poder em definir problemas, das pessoas ou da sociedade, e propor soluções, constituindo assim um tipo de monopólio (PIMENTA, 2014).

### 3.3.4 Credenciamento

Desde a Idade Média, o prestígio e o *status* de construção de conhecimento especializado se dão no ensino “superior” das universidades. Essa formação educacional, fundada nos saberes humanísticos, adotou ao longo dos tempos o discurso científico, o que consolidou seu lugar de saber socialmente autorizado, habilitando ou credenciando, como comprovação de conhecimento especializado para as sociedades contemporâneas, o diploma universitário (DINIZ, 2001).

Para Freidson, a credencial típica do profissionalismo para o mercado de trabalho é o treinamento vocacional para o que é diferente nesse trabalho profissional. Ele distingue as formas do treinamento vocacional entre ofícios e profissões; o método de controle utilizado nos ofícios se dá dentro do próprio ambiente de trabalho, diferenciando-se do treinamento profissional, que vai se desenvolver fora do ambiente de trabalho, normalmente em salas de aula e em algumas situações, locais para prática, sempre segregados do local de trabalho. Os membros da ocupação sempre serão os professores em ambas as situações, mas nos ofícios o ensino será uma atividade complementar ao trabalho, já nas profissões será uma atividade em tempo integral, fortalecendo associações do ensino profissional diferenciado como as universidades, instituições de ensino que sustentarão o privilégio de independência diante das práticas de mercado rotineiras. (FREIDSON, 1996)

No processo de criação do modelo de profissionalismo, Freidson, que também se refere a ele como controle ocupacional, distingue entre o que o profissionalismo usa pra

definir o tipo ideal de profissionalismo, as constantes institucionais, e o que representam as contingências interacionais do processo de profissionalização, as variáveis institucionais.

Segundo Freidson, as constantes institucionais são:

- Corpo de conhecimento e competências oficialmente reconhecidas que se acredita serem baseadas em teorias e conceitos abstratos e requererem criterioso exercício
- Divisão de trabalho de negociação sob controle ocupacional
- Mercado de trabalho baseado nas credenciais da formação e sob controle ocupacional
- Programa de treinamento associado a uma universidade, separado do mercado de trabalho comum e sob controle ocupacional. (FREIDSON, 1999, p. 118).

E os elementos contingentes, as variáveis, incluem:

- a organização e as normas das agências estatais.
- a organização da ocupação em si, das ideologias dominantes do tempo e espaço e da matéria dos corpos particulares do conhecimento e competência. (FREIDSON, 1999, p. 118-119).

Para Freidson (1996), a variável mais importante do profissionalismo é o Estado.

### **3.3.5 O Estado e o Mercado**

Durante quase um século, as profissões gozaram de relativo respeito público incriticável, de importante influência na legislação e de recompensas econômicas que dependiam menos do mercado de trabalho do que outras ocupações. De 1960 até os dias atuais, entretanto, um novo acordo parece emergir entre profissionais e a política econômica, cuja natureza ainda não é clara, por conta de todas as mudanças que estão acontecendo ao mesmo tempo, nos domínios econômico, social e político.

Apesar de o corpo de conhecimentos e competências serem recursos a uma ocupação, o que pode ser chamado de capital humano ou cultural, nada tem o mesmo poder do capital econômico e político – ou seja, o poder do Estado é que vai estabelecer ou manter as instituições profissionais (FREIDSON, 1996).

As instituições profissionais não podem ser estabelecidas ou mantidas sem o exercício de poderes que elas não possuem; a única fonte de poder intrínseco de uma ocupação é seu corpo de conhecimentos e competências. Enquanto isso representar um tipo de poder de capital humano e cultural, ela certamente não terá o poder do capital econômico e político.

É importante ressaltar que nem todo Estado organiza seu *modus operandi* da mesma forma, seja nos negócios, ou seja na política, onde, dependendo de como o Estado se organiza para implantar políticas estatais e guia, numa visão mais ampla, o exercício desses poderes, haverá diferentes, mas imprescindíveis, condutas na negociação da divisão do trabalho com outras ocupações, na criação de reservas de mercado de trabalho e no estabelecimento de escolas de formação (PIMENTA, 2014).

As coisas são diferentes quando falamos de reformar ou adaptar instituições profissionais estabelecidas, sempre que é conveniente, ou necessário, para o Estado ter uma associação organizada que possa representar os praticantes e prover legitimidade para políticas estatais sobre a utilização do corpo especializado de conhecimento e competências com o qual são identificados. É importante ressaltar que uma associação não é sinônimo de uma profissão (FREIDSON, 1999).

No início dos anos 1980, Freidson (1983) apresentou três formas diferentes de regulação governamental:

1. Regulação pelo Mercado, também conhecida como desregulação e se apresentava de duas formas: A primeira procurava eliminar as vantagens legais de licenciamento que algumas profissões tinham sobre ocupações concorrentes e permitia a qualquer um que quisesse oferecer o serviço de entrar no mercado; A segunda era mais popular, apesar de uma regulação mais limitada de regulação de mercado, foca mais na relação intraprofissional do que na interprofissional. Ela ataca os esforços das profissões em restringir a competição entre os membros.
2. Regulação burocrática, maciçamente aumentada na medicina: Se caracteriza pela proliferação de requerimentos de manutenção de registros e o desenvolvimento de métodos sistemáticos de revisão desses registros. Principalmente facilitado pela automação, cria um sistema racionalizado de categorias pelas quais o trabalho profissional é mensurado e avaliado.
3. Regulação colegiada representativa, ou *peer review*, a mais comum entre as profissões mais importantes: O Governo Federal exige que os profissionais tenham papel mais ativo e formal na regulação de seus pares. (FREIDSON, 1983, p. 280-281).

Apesar de essas diferentes formas de regulação serem apresentadas como antítese das outras, elas coexistem em diferentes níveis da economia política. Surgem, no entanto, algumas dúvidas: como essas regulações impactariam o futuro das atuais profissões? Como iriam influenciar o *status* profissional da sociedade, no reconhecimento de sua identidade como profissão, os caracteres social e político da organização e as condições de trabalho e planos de carreira dos seus membros?

Duas correntes interpretativas dessas tendências aparecem:

A desprofissionalização, mais modesta, percebe o pequeno declínio no caráter distintivo das profissões como um tipo especial de ocupação, criando a hipótese de que a manutenção da perda progressiva das características especiais das profissões as transformariam até que se tornassem em meras especialidades técnicas; e a segunda, mais agressiva, vê as profissões se unindo a outras ocupações no processo de proletarização, meio pelo qual todos os tipos de trabalho derivam pra baixo até as categorias inferiores da classe trabalhadora, exploradas por e em oposição aos interesses do capital, ou seja, a teoria postula que todos os tipos de trabalhadores, mesmo aqueles que inicialmente eram economicamente independentes e capazes de determinar que trabalho faziam ou como o faziam, seriam dragados para as categorias do proletariado. (FREIDSON, 1983, p. 282-283).

Reed e Evans discutem esse assunto em relação à medicina, enfatizando sua preocupação com a manutenção do profissionalismo, apesar de perceberem que as premissas em que tal preocupação estão baseadas são frágeis. Oferecem uma prescrição para preservação das qualidades que valem a pena ser salvas dentro dessa profissão cujo *ethos* levou a ser uma das ocupações mais orientadas para a ação humanitária (REED; EVANS, 1987).

### **3.3.6 Identidade profissional**

No Dicionário de Sociologia de Raymond Boudon, a definição de “identidade coletiva” é: “[a]ptidão de uma coletividade para reconhecer-se como grupo; qualificação do princípio de coesão assim interiorizado (identidade étnica, local ou profissional)” (BOUDON, 1990, p. 82).

Para Claude Dubar, a identidade profissional é a construção social que se forma a partir da interação entre os processos individuais e os sistemas de emprego, de formação e de trabalho, que se apresenta inseparável da existência de espaços de emprego ou formação e dos tipos de relações profissionais que estruturam as diversas formas específicas de mercados de trabalho ao longo de sua construção (DUBAR, 2015). Vale ressaltar que, ao se aprofundar na conceituação de identidade profissional, Dubar se aproxima muito dos conceitos e proposições de Freidson desenvolvidas neste trabalho.

Em alguns estudos recentes, Augusto Henriques (2011) e Domingos Braga e colaboradores (2013) se aprofundaram nos conceitos de profissão apresentados por Freidson e no processo de regulamentação da Osteopatia em Portugal. Concluíram que a ausência de uma regulamentação por parte do Estado e de uma formação regular e estruturada em tempo integral, oficialmente reconhecida, debilitam a formação de uma identidade profissional por

parte dos praticantes, o que impacta na percepção da opinião pública do que verdadeiramente é a profissão e qual seu verdadeiro *métier*.

Para Maria Helena Machado, o corporativismo é um aspecto constitutivo fundamental na construção de uma profissão. Essa capacidade extraordinária de cooperação mútua é muito importante para que se estabeleça uma forma de se relacionar e manter esse espírito de colaboração com os companheiros de profissão, sendo esse coleguismo, um ponto-chave da organização e da dinâmica dos interesses da corporação (MACHADO, 1995).

Para Pierre Bourdieu, o simbolismo do título no espaço dos nomes de profissão tende a ser mais importante que a procura por um certo tipo de trabalho ou a relação oferta-demanda, quando nos referimos a retribuição da profissão e autonomia. O retorno que o título traz, pois é em si uma instituição, tende a ser mais importante e duradoura que as características intrínsecas do próprio trabalho (BOURDIEU, 1989). E explica:

Isto quer dizer que não se pode fazer uma ciência das classificações sem se fazer uma ciência da luta dessas classificações e sem tomar em linha de conta a posição que, nesta luta pelo poder de conhecimento, pelo poder por meio do conhecimento, pelo monopólio da violência simbólica cotidiana, quer se trate de profissionais autorizados (e a tempo inteiro) – e entre eles todos os que falam e escrevem a respeito das classes sociais e que se distinguem conforme as suas classificações envolvem mais ou menos o Estado, detentor do monopólio na nomeação oficial, da boa classificação, da boa ordem. (BOURDIEU, 1989, p. 149).

A universalização do campo proporcionou a busca por uma legitimação mais ampla, homogênea e democrática como característica das profissões modernas, que, ao contrario das mais antigas, não buscaram se apoiar nas elites, mas todo o campo é lugar de uma disputa velada pela definição dos princípios legítimos de visão do mercado.

### 3.4 ESPECIALIZAÇÃO

Considera-se importante aprofundar o entendimento em “especialização”, sobretudo a que se refere o termo, como o Estado o delimita e controla, e as necessidades do mercado.

#### 3.4.1 Breve histórico

Os cursos de especialização foram estimulados em 1951, com a criação da Capes e da Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo Decreto nº 29.741/1951. O objetivo foi atender às necessidades de desenvolvimento do país, assegurando

o aumento na quantidade e na qualidade de pessoal especializado para incentivar os empreendimentos públicos e privados com tal fim (BRASIL, 1951).

Através do Parecer nº 977/1965, o Professor Newton Sucupira definiu os cursos de pós-graduação, pela primeira vez diferenciando o mestrado e o doutorado das especializações e aperfeiçoamentos, consolidando suas concepções e estruturas. Caracterizou-os como *stricto sensu* e *lato sensu* (FREITAS e CUNHA, 2009). *Lato sensu* se refere a todo e qualquer curso após uma graduação, seja especialização ou aperfeiçoamento, que a partir de um aprofundamento científico e técnico de uma delimitada área do saber ou da profissão que vai habilitar o exercício de especialidade profissional específica. Já *stricto sensu* se refere a uma pós-graduação de natureza acadêmica e de pesquisa, definindo a superposição de saberes que irão, num sentido mais amplo e aprofundado, objetivar a formação científica e cultural, levando à obtenção de grau acadêmico (BRASIL, 1965).

As primeiras regulamentações da especialização e aperfeiçoamento vieram nos anos seguintes. A Capes supervisionava e promovia cursos de especialização e aperfeiçoamento, paralelamente ao investimento na criação de uma massa crítica necessária para a produção e disseminação do conhecimento científico e tecnológico, promovido pelos cursos de mestrado e doutorado, que no final de 1975, já chegavam a 490 e 183, respectivamente (PILATI, 2006).

### **3.4.2 Delimitação formal e controle**

Leis de diretrizes mais modernas definem pós-graduação como sendo “o nível de ensino que compreende programas de mestrado e doutorado, além de cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação que atendam às exigências das instituições de ensino” (PILATI, 2006, p. 12-13). Para os cursos de especialização, exige-se que pelo menos 50% do corpo docente seja mestre ou doutor, já que esses cursos tratam de um verticalização e um aprofundamento numa área delimitada de saber. As instituições precisam comprovar que detêm essa massa crítica, experiência e condições institucionais para poder promover cursos desse nível.

A Resolução MEC/CNE/CES nº 1, de 03/04/2001 (BRASIL, 2001a) define alguns parâmetros simples que serão importantes para o estabelecimento de regras para a organização dos cursos de pós-graduação *lato sensu*. O aluno portador de um certificado de conclusão de um curso de especialização só poderá aproveitar dos benefícios acadêmicos e

profissionais do título, em todo o território nacional, se o curso atender a todos os requisitos descritos na Resolução acima.

Um dos questionamentos levantados por Pilati é o fato de algumas instituições ignorarem, ou interpretarem equivocadamente esses requisitos, sempre buscando formas de se desobrigarem de suas responsabilidades acadêmicas diretas, comprometendo a qualidade e a validade desses cursos (BRASIL, 2001a).

Preocupado com a qualidade dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, o Ministério da Educação iniciou, em 2004, um processo de avaliação desses cursos através da Comissão Especial de Acompanhamento e Verificação. A comissão iniciou seus trabalhos coletando dados das instituições de ensino superior através do *Cadastramento de Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu*, com o objetivo de levantar informações relativas ao cumprimento das normas baixadas pela Resolução nº1 MEC/CNE/CES de 2001 (Anexo 1).

A desorganização de grande parte das instituições na sistematização do registro das informações sobre a gestão acadêmica dos cursos dificultou seu levantamento, estendendo esse trabalho até junho de 2005. As informações colhidas forneceram à Secretaria de Educação Superior e ao Conselho Nacional de Educação com dados que possibilitaram o público em geral, acessar informações sobre as instituições e cursos de especialização nas mais diversas áreas (BRASIL, 2001), porém, fracassou no objetivo de avaliar e controlar os cursos de especialização *lato sensu*, e todos aqueles que tinham a esperança de vê-los controlados externamente ficaram frustrados (BRASIL, 2012).

De acordo com dados do Censo de Educação Superior de 2009, 127 instituições públicas e 716 instituições privadas ofereciam esses cursos, número que subiu no Censo de 2012 para 304 instituições públicas e 2.112 privadas (BRASIL, 2012). Com a extinção da Comissão, não se disponibilizaram mais dados sobre as pós-graduações *lato sensu* e nem sobre os alunos formados, constituindo-se, como afirma Fonseca, lacuna significativa no sistema de avaliação e de acompanhamento dos cursos por parte do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Educação (FONSECA; DA FONSECA, 2016). Na tentativa de recuperar esse controle e melhorar a qualidade dos cursos de especialização em 2014, o Ministério da Educação baixou uma Resolução (BRASIL, 2014) que estabeleceu novos critérios para o acompanhamento de dados de todas as instituições cadastradas no Sistema Federal de Ensino. Fonseca acredita que se a iniciativa for levada a cabo em seu esforço de regulação e supervisão, poderá significar um avanço na qualidade dos cursos de pós-graduação *lato sensu* (FONSECA; DA FONSECA, 2016).

### 3.4.3 Necessidades do mercado

Os cursos de especialização desempenham papel importante na formação, seja na educação continuada, seja no desenvolvimento do campo técnico-profissional. Por conta disso, eles vêm sendo desafiados pelas demandas, do mercado e do desenvolvimento social, a uma reconfiguração de sua metodologia científica e na construção do conhecimento (FONSECA; DA FONSECA, 2016). Dadas as necessidades dos sistemas de ensino, respondem às demandas atuais de contínua atualização do conhecimento das pessoas e profissionais que desejam acompanhar o dramático desenvolvimento científico e tecnológico imposto pela cadeia mundial integrada de conhecimento. Orlando Pilati fala de duas certezas na perpetuação da especialização *lato sensu*:

- Os cursos de especialização em nível pós-graduação *lato sensu* continuarão sendo um mecanismo de preparação de docentes de ensino superior em início de carreira, ou mesmo em áreas do conhecimento onde não existem programas de pós-graduação *stricto sensu* constituídos na extensão necessária.
- A ampliação da demanda pela especialização é dada pela necessidade de atualização do conhecimento pelos profissionais. (PILATI, 2006, p. 23).

E completa dizendo que: “a especialização em nível de pós-graduação é vista como o espaço privilegiado para a concretização da mediação pedagógica entre a informação a oferecer e a aprendizagem autônoma de construção do conhecimento pelos graduados e profissionais” (PILATI, 2006).

Esses cursos, por serem uma modalidade de formação que objetiva a verticalização do conhecimento técnico-científico e a concentração do conhecimento em partes cada vez mais restritas do campo do saber, sobretudo após a conclusão das graduações na área da saúde, favorecem a perpetuação do modelo de “medicina baseada em evidências”, que discutiremos no tópico 6.3.1.

### 3.4.4 Fisioterapia Manipulativa

Em 1974 um grupo de Fisioterapeutas pioneiros fundou a Federação Internacional de Fisioterapeutas Manipulativos Ortopédicos (IFOMPT<sup>15</sup>), o que proporcionou um grande

---

<sup>15</sup> IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists).

impulso ao desenvolvimento da especialidade de Fisioterapia Manipulativa pelo mundo. Entre estes expoentes estavam nomes como Geoffrey Maitland, Freddy Kaltenborn, Stanley Paris, Brian Mulligan e Robin McKenzie.

Segundo definição da IFOMPT, a Fisioterapia Manipulativa Musculoesquelética ou Terapia Manual Ortopédica é uma área de especialização da Fisioterapia que lida com o manejo de condições neuro-músculo-esqueléticas, embasada no raciocínio clínico, usando abordagens de tratamento altamente específicas incluindo técnicas manuais e exercícios terapêuticos. (IFOMPT, 2014)

Para a Associação Brasileira de Fisioterapia Manipulativa (ABRAFIM), o fisioterapeuta manipulativo é um profissional de formação em nível superior, com capacidade de intervenção terapêutica utilizando essencialmente técnicas manuais, com objetivo de intervir diretamente sobre qualquer sistema que apresente uma alteração de movimento. (ABRAFIM, 2017)

Os profissionais especialistas em Fisioterapia Manipulativa afirmam que ela não é a única abordagem em Terapia Manual e Manipulativa e que existem outras filosofias de tratamento que não seguem os princípios da Fisioterapia baseada em evidências. Essas abordagens, como a Osteopatia e a Quiropraxia, seguem os preceitos preconizados pelos seus respectivos criadores tendo uma visão holística de tratamento e não se restringindo apenas ao tratamento de disfunções neuro-músculo-esqueléticas. Contrariando esta visão holística, o Fisioterapeuta Manipulativo/Musculoesquelético, devido a sua formação eminentemente científica utiliza as técnicas de manipulação e mobilização apenas no tratamento de disfunções neuro-músculo-esqueléticas, onde existe ampla evidência clínica disponível.

Em um artigo publicado na internet, Carlos Ladeira tenta desacreditar cientificamente algumas abordagens de tratamento osteopático. Porém, no decorrer de seu texto, entretanto, confirma de forma clara a necessidade de separar as duas práticas profissionais: a fisioterapia especializada em terapia manual, a Fisioterapia Manipulativa e a Osteopatia (LADEIRA, 2016).

Para os membros da IFOMPT, o que diferencia a Fisioterapia Manipulativa destas outras abordagens que também se utilizam da terapia manual é a obrigatoriedade da utilização do modelo de prática baseada em evidência. Fisioterapeutas manipulativos são encorajados a utilizar o raciocínio clínico aliado à busca por evidências científicas em sua prática clínica diária, porém sem esquecer da importância da abordagem biopsicosocial do paciente.

### 3.5 OSTEOPATIA E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a prática da Osteopatia é distinta de outras profissões da área da saúde:

[...] A prática da osteopatia é distinta de outras profissões da área da saúde que se utilizam de técnicas manuais, como a fisioterapia e a quiropraxia, embora possa haver alguma intersecção de técnicas e intervenções aplicadas [...] (OMS, 2010, p. 1).<sup>16</sup>

Com o objetivo de complementar as orientações gerais e referências para a formação em Osteopatia desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a OIA (*Osteopathic International Alliance*) (OIA BOARD OF DIRECTORS, 2013) criou um relatório chamado “Osteopatia e medicina osteopática: uma visão global da prática, dos pacientes, da formação e da contribuição para a promoção de cuidados em saúde” (*Osteopathy and osteopathic medicine: a global view of practice, patients, education and the contribution to healthcare delivery*). O relatório contém informações de pesquisas sobre a prática internacional da Osteopatia realizadas em 33 países diferentes. Em resumo, o relatório se inicia abordando como as duas diferentes correntes da profissão – osteopatas e médicos osteopáticos- surgiram. Trabalha com o mesmo paradigma compartilhado de cuidados osteopáticos em saúde, segue quantificando os práticos pelo mundo, chegando a um total mínimo de 87.000 médicos osteopatas, com 43.000 trabalhando em pelo menos 50 países. Passa pelos modelos de formação existentes para as duas correntes, modelos de regulação e reconhecimento da profissão e finaliza explorando as evidências existentes para eficácia, segurança e o custo-benefício dos cuidados osteopáticos em saúde e também o que há de mais recente em evidências nos efeitos das técnicas de tratamento osteopático (OIA BOARD OF DIRECTORS, 2013).

Partindo da premissa de que a OMS, órgão responsável pelo desenvolvimento de diretrizes na saúde em todo o mundo, classifica e apresenta a osteopatia como uma profissão independente, faz-se necessário elucidar uma dúvida: por que a Osteopatia no Brasil é considerada como uma especialidade da Fisioterapia, se a OMS a considera uma profissão independente?

---

<sup>16</sup> “[...] *The practice of Osteopathy is distinct from other health-care professions that utilize manual techniques, such as physiotherapy or chiropractic, despite some overlap in the techniques and interventions employed*”.

#### 4 FILOSOFIA DA CIÊNCIA

De todas as perguntas que surgiram ao longo do desenvolvimento deste trabalho, uma especificamente – “Seria a práxis osteopática elemento consistente para romper com o paradigma biomédico da doença?” – precisava de embasamento teórico específico na área da construção do saber, dos paradigmas e seus processos de mudança. Encontramos alguns alicerces para sustentar as discussões que desenvolveremos em torno da possível ruptura do paradigma biomédico da doença pelas mãos da práxis osteopática.

Thomas Kuhn apresenta, no livro *A estrutura das revoluções científicas* (KUHN, 2005), suas ideias sobre como a ciência funciona revolucionando a visão da ciência. No prefácio e no último capítulo da coletânea de Imre Lakatos, *Criticism and the growth of knowledge*, Kuhn responde às críticas de Karl Popper, seu maior polarizador, e de Imre Lakatos, explicando como se desenvolve a ciência e a pesquisa em, como ele mesmo chama, *ciência normal*. Popper apresenta a ideia de que a ciência nos traz apenas conhecimentos provisórios e que está em processo de modificação constante, não lhe permitindo chegar a uma verdade final. Completa afirmando que toda nova ideia é valiosa, mas só será frutífera se estimular a produção de novos problemas. Lakatos procura desenvolver as ideias popperianas frente às discordâncias de seus críticos. Apresenta o termo “programa de pesquisa”, que corresponde a um conjunto de teorias e técnicas utilizadas por uma comunidade científica. Além disso, defendia a necessidade de um pluralismo teórico, ou seja, a concorrência de programas de pesquisa, mesmo quando conflitantes, como sendo o motor do progresso do conhecimento (RUFFATO; CARNEIRO, 2009).

Já as teorias de Kuhn são firmemente embasadas por paradigmas, que o autor entende por modelos, padrões ou conjunto de ideias que se justificam nos resultados recorrentes de pesquisas reconhecidas pela comunidade científica, que assim suportam sua fundamentação por um período de tempo (LAKATOS, 1970). Kuhn considera paradigmas, “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante um tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2005, p. viii).

A análise de Kuhn sobre a evolução da(s) ciência(s) se expressa essencialmente na sucessão de períodos de *ciência normal*, cujos desenvolvimentos dão força ao paradigma e podem ser interrompidos por *mudanças de paradigmas*. Estas são promovidas pelas crises no modelo vigente, cuja resolução se dará ou pela retomada da força do paradigma, que

geralmente começa a partir de um conjunto de elementos externos ao corpo do paradigma (*ad hoc*) que ajudam a controlar a perda de sua força, ou pelas *revoluções científicas* (FRANCELIN, 2004), que propõem a substituição paradigmática quando a força do paradigma vigente não corresponde mais aos problemas apresentados e a força do novo paradigma, no momento da ruptura, o supera.

A ideia de revolução científica se desenvolveu a partir do longo e aprofundado debate entre Thomas Kuhn e Karl Popper, que divergiam quanto aos enfoques: as ideias de Kuhn já foram aqui explicitadas, e as de Popper vão se basear na crítica ao positivismo lógico e consequentemente ao verificacionismo (VIEIRA; GARCIA-FERNANDEZ, 2006).

No início de seu artigo “Contribuição para o estudo dos ‘campos disciplinares’”, José Barros questiona:

O que constitui um campo de saber como disciplina? Que história, ou que histórias, levam um determinado conjunto de práticas, representações e modos de fazer a se definir gradualmente, até que esse conjunto adquira uma identidade suficientemente forte para que, a partir dele, passem a se nomear profissionalmente os praticantes da nova disciplina? (BARROS, 2010, p. 205).

Essas revoluções do pensamento poderiam ser definidas como um momento de ruptura na visão tradicional de um campo disciplinar, induzindo os profissionais de uma comunidade científica a reformular o paradigma em que se baseia a prática dessa ciência.

#### 4.1 O PARADIGMA BIOMÉDICO, BIOMEDICINA E INFOMEDICINA

A tradição hegemônica aplicada no dia a dia da atenção à saúde é o paradigma biomédico (RIOS et al., 2007). Este paradigma, corrente em medicina contemporânea é mecanicista, analítico e tem suas raízes no dualismo cartesiano e na física newtoniana.

Descartes criou um quadro conceitual para a ciência do século XVII, com sua percepção de natureza como uma máquina perfeita governada pelas leis da matemática perfeita, que Isaac Newton proporcionou com a visão mecanicista da natureza criada pelas formulações matemáticas do cálculo diferencial e fazendo da Física uma coroação, o maior feito da ciência do século XVII. O dualismo de Descartes nasceu de suas afirmações de que o ser humano era constituído por uma mente e um corpo, formando algo parecido com uma unidade de transporte, representada por um motorista e uma máquina, o que possibilitaria o estudo separado do corpo e da mente. Isso resultou no Dualismo (corpo x mente), segundo o

qual o corpo todo poderia ser entendido através de um processo de conhecimento de suas partes e de suas relações (FOSS; ROTHENBERG, 1987).

Reduccionismo é a forma como nos referimos a esse esquarteramento epistemológico, que apresenta as doenças e síndromes por especialidades, bem separadas por suas fisiologias e fisiopatologias biomecânicas. Estas, mesmo oferecendo profundo conhecimento da patologia, dos microorganismos, das moléculas, dos órgãos, dos tecidos e dos sistemas do corpo, não dão conta das inter-relações complexas e sutis entre todos esses sistemas, sobretudo na repercussão de tudo isso na vida vivida pelo paciente. Olham cada vez mais para partes cada vez menores, em que a percepção do corpo todo se dá em partes, reduz a saúde a fenômenos meramente mecânicos e específicos.

Essa abordagem do adoecimento provocado por uma doença patológica da medicina moderna proporciona a perda de vista do paciente como ser humano, como um ser total. Schneider e Vieira (2011) ainda percebem que:

[...] ao tratar de questões de ordem complexa, a ciência biomédica não só não responde a certas questões como, pelo fato de estar exaustivamente focada no problema pontual, tende a gerar um impacto sistêmico de maior importância que a natureza do problema inicial (SCHNEIDER; VIEIRA, 2011, p. 118).

David Irby (1991) descreve especificamente as diferenças entre a primeira e a segunda revolução científica na pesquisa em educação médica e as nomeia. Essa diferenciação vai nos ajudar a esclarecer as diferenças entre o paradigma biomédico, chamada de Biomedicina, e o paradigma infomédico, chamado de Infomedicina.

O modelo biomédico, chamado de Biomedicina por Kleinman constitui: “[...] o alicerce conceitual da medicina moderna científica, estabelecida sobre estruturas de dominação e poder dos profissionais sobre a população, reconhecendo apenas as causas orgânicas da doença e excluindo práticas alternativas como a homeopatia e, mais recentemente, a medicina holística...”, onde a Osteopatia estria incluída (KLEINMAN, 1995 apud RIOS et al., 2007, p. 506).

Vale a pena destacar que a Biomedicina deriva das raízes filosóficas da física newtoniana e do dualismo cartesiano, concebendo: o corpo e a mente separadamente; o conhecimento do todo a partir do conhecimento das partes; a estratégia de conhecer cada vez mais, de menos; o entendimento dos mecanismos corporais a partir das doenças; avaliação objetiva de resultados; e delegando a responsabilidade de todo o processo da cura aos profissionais envolvidos.

Já para a Infomedicina, termo cunhado por Laurence Foss e Kenneth Rothenberg (1987), essa nova visão da medicina seria derivada do contraste da física newtoniana com a visão do mundo emergente pelas lentes da física moderna, que poderia ser caracterizada como orgânica, holística e ecológica. Sua percepção de Universo seria representada como indivisível, um todo dinâmico cujas partes seriam essencialmente inter-relacionadas; e a Vida seria caracterizada como um sistema auto-organizador e autorregulador.

A segunda revolução científica foi iniciada por Albert Einstein, que desenvolveu duas vertentes no pensamento científico físico no início do século XX – a teoria da relatividade e a física quântica -, que aparece como base do novo modelo infomédico, caracterizado pela visão sistêmica dos organismos vivos; por uma nova perspectiva que concebe a interdependência de todos os fenômenos, físicos, psicológicos, biológicos, sociológicos, espirituais, culturais e a interdependência corpo-mente; por uma visão que respeita as raízes causais das afecções, que podem ser abordadas tanto pelo modelo biomédico, quando forem de causa biológica, como pelo modelo infomédico, quando a causa for mecânica ou biopsicossocial; pela avaliação funcional dos resultados de tratamento; e por dar responsabilidade ao paciente na sua relação com o processo terapêutico (IRBY, 1991).

Essas ideias se expandem também ao campo da educação e da pesquisa médica, cujo modelo busca esclarecer o significado dos eventos e ações, mais do que formular diretrizes para a prática profissional. As metodologias de pesquisa nessa vertente são qualitativas e desenvolvidas sobretudo a partir da Antropologia, Sociologia e Linguística, mais que a Psicologia. Esses estudos trazem à tona percepções reais dos participantes em educação médica e esclarecem aspectos únicos na prática educacional e na crítica do desenho da pesquisa experimental, criando novas questões para investigações futuras (FOSS; ROTHENBERG, 1987).

Como sugerido por Khun, a conscientização sobre a inadequação do paradigma atual para com a abordagem osteopática pode ajudar a fazer emergir esse novo paradigma, onde se ancoraria a Osteopatia.

## 5 PRÁXIS OSTEOPÁTICA

Como já explicado na apresentação deste trabalho, a apropriação da concepção aristotélica de práxis, justifica a afirmação de que a abordagem osteopática tem um fim em si mesma e o bem como objetivo. Ou seja, sua avaliação e tratamento têm por objetivo buscar as alterações do funcionamento das estruturas do corpo, as chamadas disfunções somáticas, e restabelecer a boa função, respectivamente, criando o ambiente apropriado para as farmácias internas promoverem a autocura a que A.T. Still se refere (STILL, 1908), mais modernamente chamada de autorregulação por Gary Fryer (2016).

Com o objetivo de entender melhor esses caminhos, vamos nos aprofundar na filosofia osteopática, tendo o cuidado de citar A.T. Still nesta seção com o rigor que Jane Stark (2012) preconiza, ou seja, com competência, integralidade e precisão, além de esmiuçarmos o propagado pilar central da prática osteopática, a disfunção somática.

### 5.1 FILOSOFIA OSTEOPÁTICA

A filosofia osteopática, aparentemente simples em sua apresentação, é o alicerce para distinção da abordagem osteopática nos cuidados de saúde. Ela se apresenta como um conjunto de ideias unificadoras que organizam o conhecimento científico em relação a todas as fases da saúde física, mental, emocional e espiritual do paciente, juntamente com os princípios característicos de sua gestão (STILL, 1899).

Inicialmente, assim como fez Yves Lepers em sua tese de doutorado, *História crítica da Osteopatia* (LEPERS, 2009), iremos nos familiarizar com as correntes de pensamento e com o contexto geral que pode ter influenciado o processo criativo do inventor da Osteopatia, Andrew Taylor Still. Depois disso, nos aprofundaremos nos princípios fundamentais e conceitos que norteiam a prática da Osteopatia do final do século XIX até os dias de hoje.

#### 5.1.1 Correntes de pensamento e contexto histórico-geográfico

Em sua autobiografia, Still (1908) reivindica seu *status* de metodista<sup>17</sup>, comunidade cuja filosofia moral é um humanismo cristão e progressista para sua época. Defende a

---

<sup>17</sup> Metodismo, religião criada pelo pastor anglicano John Wesley no final do século XVIII, cuja doutrina se fixava seriamente em instalar a mensagem de Cristo nas ações dos homens.

igualdade entre os sexos, onde homens ou mulheres podem ser ordenados ministros de culto, posicionando-se também como antiescravagista. A doutrina metodista vai ajudar a melhorar a saúde das classes sociais menos favorecidas, através de uma mudança nas condições de higiene e limpeza nos hábitos dos devotos, o que ajudava a prevenir a maior parte das doenças mais comuns da época. Sua medicina preventiva e de baixo custo era sempre associada à fé e à prática regular da oração, demonstrando que sua teoria médica, sustentando-se na perfeição da obra divina, reflete o vitalismo<sup>18</sup>.

O divino, o maior de todos os criadores, concebeu esse majestoso universo com uma tal exatidão, uma tal beleza, uma tal harmonia, de forma que nenhuma engenhosidade humana é capaz de se igualar a essa primeira grande criação. A botânica, a astronomia, a zoologia, a filosofia, a anatomia, todas as ciências naturais revelam ao homem suas maiores, mais nobres, mais importantes leis de sua perfeição absoluta. (STILL, 1908 apud LEPERS, 2009, p.20).

Essa experiência se enriqueceu na relação com seu pai, Abram Still, médico prático e pastor metodista missionário, com quem aprendeu o ofício de médico e acompanhou suas pregações, Oeste adentro, levando-o a entrar em contato com a vida na fronteira<sup>19</sup>. Iniciou sua observação da vida selvagem, praticando a caça aos ursos, panteras, cervos, raposas e animais silvestres da região. Desenvolveu um conhecimento das ciências naturais e de anatomia, através da prática do cortar, salgar e secar a carne de sua caça. Encarava a anatomia como uma paixão, considerando-a como a reprodução da natureza perfeita, criada por Deus. Aproveitando-se de sua situação de fronteiro, não se satisfazia apenas com as dissecações de animais silvestres e iniciou um árduo trabalho de exumação e dissecação de centenas de cadáveres indígenas. Isso lhe permitiu aprofundar seus conhecimentos até se sentir capaz de entender o funcionamento de cada osso do corpo humano, deixando clara a importância que dava a esse conhecimento na sua primeira publicação, *Filosofia da Osteopatia (Philosophy of Osteopathy)* (STILL, 1899). Nela discorria sobre os conhecimentos necessários para a prática da Osteopatia:

[...] Eu gostaria de deixar gravado em suas mentes que vocês começam com anatomia, e vocês terminam com anatomia, o conhecimento da anatomia é tudo que vocês querem e precisam, sendo que isso será tudo que vocês poderão usar e usarão em suas práticas, por mais que vocês possam viver cem anos. (STILL, 1899, p. 8).

---

<sup>18</sup> Vitalismo é uma corrente de pensamento do final do século XVIII, início do século XIX, segundo a qual um impulso vital de natureza imaterial controlaria os fenômenos relativos aos seres vivos (evolução, reprodução e desenvolvimento) e estaria ausente na morte.

<sup>19</sup> Fronteira, nos EUA, nesse momento da história, era o limite em movimento do Leste em direção ao Oeste dependente das guerras contra os índios americanos e tratados sucessivos de aquisições territoriais.

Still se inspirou em outros conhecimentos além da anatomia no desenvolvimento da filosofia osteopática, a mecânica, paixão cultivada desde a infância por influência de sua mãe, que segundo sua autobiografia, era uma apaixonada pelas recentes descobertas tecnocientíficas, como a máquina de costura e o barco movido a vapor, o que o estimulou a desenvolver essas ideias. Ainda jovem, Still chegou a inventar algo parecido com uma bateadeira para sua cozinha (STILL, 1899). Em outra de suas publicações, ele definiu precisamente, dentro da perspectiva mecanicista, o papel do osteopata (STILL, 1902):

[...] A máquina da vida é enviada a você como se à um engenheiro, esperando que você a dirija sabiamente no seu percurso. Aqui vossa responsabilidade se duplica, sua primeira função é de mecânico mestre, capaz de desenhar uma planta e cuidadosamente escrever uma especificação que permitirá ao engenheiro de conhecer detalhadamente esta que é uma máquina muito bem construída. Seja como fabricante ou operador, ele conhece suas partes e suas relações e você, você supostamente é o mestre de obras da oficina de reparo. A máquina é a pessoa viva, o engenheiro é a natureza, e você é o mestre mecânico. À partir daí, espera-se que você verifique cuidadosamente todas as partes de máquina trazidas a sua oficina, que você note qualquer alteração do funcionamento normal, e ajuste essas variações, trazendo-as o mais próximo possível dos modelos perfeitos que se encontram na oficina. (STILL, 1902, p. 46).

Além da mecânica, os conhecimentos adquiridos por Still no contato com a cultura, a medicina e as crenças das tribos shawnees<sup>20</sup> foram importantes no fortalecimento de suas ideias. Os “médicos” shawnees eram respeitados por seus conhecimentos de botânica e sua perícia médica; recorriam aos banhos de vapor, massagens e a utilização de manipulações que podem ter influenciado Still em suas propostas terapêuticas manipulativas.

Apesar de não ficar clara, nos escritos de Still, a influência das discussões da evolução do pensamento médico na Europa dos séculos XVIII e XIX, principalmente aqueles entre as diferentes escolas mecanicistas e vitalistas, segundo Lepers (2009, p. 25): “A essência da Osteopatia será formada por uma amalgama entre o mecanicismo e uma forma particular de vitalismo.”

Dois passagens da vida de Still também podem ser classificadas como marcantes: sua participação na guerra de secessão e a morte de três de seus filhos num surto de meningite. No Exército antiescravagista do Norte, designado como cirurgião das armas por conta de sua formação médica numa Universidade do Kansas, desdenhava de sua prática por conta do material que tem a sua disposição na enfermaria da 9ª Cavalaria do Kansas em 1861: calomel,

---

<sup>20</sup> Os índios shawnees que viviam nos estados do Tennessee, Pensilvânia, Carolina do Sul e Ohio, estiveram entre os primeiros índios a estabelecer contato com os colonizadores europeus que avançavam para o oeste dos EUA. Foram praticamente dizimados nas guerras contra os colonizadores no início do sec. XIX.

quinino, uísque, panos e um bisturi, que era utilizado principalmente para fazer amputações (STILL, 1908).

Na primavera de 1864, voltando da guerra, Still viveu um dos momentos mais difíceis de sua vida, quando perdeu três filhos num surto de meningite cérebro-espinhal, mesmo com os médicos aos pés da cama deles, usando seus remédios de confiança (STILL, 1908). Ambas experiências contribuíram fortemente no desenvolvimento de sua repulsa pela prática da medicina tradicional e na busca de um caminho terapêutico alternativo.

O desenvolvimento da filosofia osteopática foi o ponto culminante do pensamento de Andrew Taylor Still, fruto de experiências e aprendizados de uma vida dedicada a reflexões sobre a saúde, a vida, a morte e a medicina praticada na sua época. Porém, vale ressaltar que esse pensamento foi construído sem a confrontação crítica de seus pares e na ausência de um olhar sério sobre as descobertas e progressos conquistados por pesquisadores da sua época (LEPERS, 2009).

Atualmente diversos periódicos específicos publicam artigos sobre Osteopatia, sendo que dois são os mais importantes, o JAOA<sup>21</sup>, fundado em 1901 pela Associação Americana de Osteopatia, que aborda temas amplos relacionados à medicina osteopática (JAOA, 2017) e o IJOM<sup>22</sup>, publicado pela Elsevier, onde é dada ênfase para a investigação científica básica, epidemiologia clínica e ciência da medicina social em relação à osteopatia, além da medicina neuromusculoesquelética (IJOM, 2017).

### **5.1.2 Princípios da filosofia osteopática e seu desenvolvimento ao longo do tempo.**

Na dedicatória de uma de suas últimas publicações, *Osteopatia, pesquisa e prática (Osteopathy, research and practice)* (STILL, 1910), ele confirma sua visão de Deus, da natureza e suas influências:

Este livro é respeitosamente dedicado ao grande arquiteto e construtor do universo; para Osteopatas e todas as pessoas que acreditam que o primeiro grande mestre mecânico não deixou nada por terminar em sua obra-prima, o Homem, que seja necessário para seu conforto ou longevidade. (STILL, 1910, p. 1).

Ao longo do livro, desenvolveu suas ideias acerca da abordagem terapêutica osteopática, sobretudo no que ela se diferenciava de outras práticas médicas, organizando-as

---

<sup>21</sup> JAOA: Journal of the American Osteopathic Association

<sup>22</sup> IJOM: International Journal of Osteopathic Medicine

como um panfleto de plataforma política, que deve representar o posicionamento do osteopata, na sua campanha contra as doenças, perante a sociedade, que Still denominou de “*Nossa Plataforma*” (*Our Platform*) (STILL, 1910, p. 14). Separamos alguns itens que se relacionam com o vitalismo:

5- Nós sabemos que em determinados casos há necessidade do tratamento cirúrgico, contudo ele será indicado apenas como último recurso. Nós acreditamos que diversas cirurgias são realizadas desnecessariamente e que outras tantas cirurgias podem ser evitadas via tratamento osteopático.

6- O osteopata não depende de eletricidade, raios X, hidroterapia ou outros complementos, apenas confia nos procedimentos osteopáticos no tratamento da doença.

7- Nós somos simpáticos à outros métodos de tratamento sem drogas e naturais, mas não incorporamos nenhum outro método de tratamento no nosso sistema. Nós todos somos contra as drogas, e no mínimo nesse ponto, todas as abordagens naturais e inofensivas ocupam o mesmo espaço. Os princípios fundamentais da osteopatia diferem de quaisquer outros sistemas, principalmente a partir do ponto de vista da causa da doença: Doença é o resultado de alterações anatômicas seguidas de alterações fisiológicas, para curar a doença as alterações anatômicas tem que ser normalizadas. Portanto, outros métodos que apresentam princípios totalmente diferentes são inaceitáveis no sistema osteopático. (STILL, 1910, p. 18-20).

Essas ideias originais de Andrew Taylor Still seriam complementadas pelas descrições de sua percepção de importância do sangue arterial na manutenção da vida e na produção das doenças.

Todo átomo de sangue quando lançado adiante pelos pulmões é uma semente viva, tanto quanto a semente do arbusto, da flor, ou árvore em toda a natureza... Quando essas sementes ou átomos não estão normais, não são mais apropriados para o sistema humano, são recusados ou liberados pelos tecidos do corpo, se transformando em agentes ativos da produção de doenças. (STILL, 1910, p. 54).

Essas afirmações, que ficaram conhecidas pelo aforismo<sup>23</sup> *lei da artéria*, baseiam-se na ideia de que qualquer doença será nada mais que o efeito de uma causa específica, que iremos encontrar no íntimo da anatomia do indivíduo. Para Still, o sangue arterial constrói e o sangue venoso evacua, cabendo ao osteopata evitar qualquer tipo de acúmulo de fluidos em qualquer parte do corpo. Still postula que “o osteopata deve encontrar a causa, suprimir a obstrução e deixar o remédio da Natureza, o sangue arterial, ser o médico” (STILL, 1910, p. 09). Esta frase nos permite reflexões que nos levaram a duas de suas máximas: o ajuste das estruturas anatômicas irá permitir, suficientemente, o reestabelecimento da fisiologia, fundamentando o que Still não se cansa de repetir: “*A estrutura governa a função*” e “*deixar*

<sup>23</sup> Aforismo: é um texto breve que enuncia uma regra, um pensamento, um princípio ou uma advertência.

*o remédio da Natureza..., ser o Médico.*” fortalece os conceito de autocura que Still expressa, de formas diferentes, em todos os seus escritos (STILL, 1899; 1902; 1908; 1910).

Stark (2013) afirma que Still jamais deixou registrada uma lista específica com os princípios da Osteopatia, apesar de ele discutir o termo “princípios” em três de seus livros (STILL, 1899; 1902; 1910) e também repetir ser a pessoa que mais deu atenção ao estudo dos princípios dessa ciência (Osteopatia) dentre todas as pessoas vivas (STILL, 1908). Em seus escritos, encontramos referência à *filosofia dos princípios* (STILL, 1899), como também encontramos referências a *princípios da filosofia*, que desenvolveu em 1899, quando afirmou: “Princípios para o osteopata significa plano e especificação para a construção de uma casa, uma maquina, um homem, um mundo, ou qualquer coisa com um objetivo ou propósito.” (STILL, 1899, p. 09). Escrevendo sobre princípios da Osteopatia, ele se repete: “Os princípios da Osteopatia nos dão o entendimento dos planos e especificações perfeitos a serem seguidos na construção do homem” (STILL, 1902, p. 32).

Vários autores contemporâneos de Still, muitos deles seus ex-alunos, escreveram sobre os “Princípios da Osteopatia”, mesmo sob críticas de seu precursor (STARK, 2013). Dentre esses, John Martin Littlejohn foi o último a contribuir de forma significativa, trazendo seus conhecimentos de Fisiologia de uma de suas formações prévias na Europa e incorporando-os aos princípios da Osteopatia (LITTLEJOHN, 1906):

Tecnicamente Osteopatia representa o ramo da ciência médica, seja em diagnóstico ou tratamento, que é construído através de um conhecimento compreensivo e exato das estruturas do corpo humano, suas bases químicas e das constituições químicas de seus fluidos e secreções; dos princípios físicos e fisiológicos que regulam as atividades corporais, de movimento, locomoção, nutrição, vascularização, respiração, e de ação muscular, neural e glandular; na síntese elaborada dentro do organismo desses princípios como a base da vida orgânica, de forma que qualquer desvio do funcionamento normal, na forma de deslocamento, desarranjo, ou incoordenação poderia ser facilmente descoberto e cientificamente restaurado por uma operação mecânica. (LITTLEJOHN, 1906, p. 11).

Ele completa afirmando que a Osteopatia representa um princípio e não um conjunto de princípios, sendo que esse princípio é tão extenso que poderíamos aplicá-lo em todo o campo da prática (LITTLEJOHN, 1906).

A organização de um quadro de evolução temporal dos princípios osteopáticos foi proposta por Philip Latey D.O. (LATEY, 1993 apud STARK, 2013), onde todas as ideias desenvolvidas e elaboradas por Still e seus colaboradores até 1910 pertenceriam a determinado período, sendo chamadas de “Princípios do Período Original”. Todas as contribuições que surgiram a partir de 1910 até meados de 1950 seriam então chamadas de

“Princípios do Período Tradicional”. Ao longo desse período, principalmente nos EUA, mais de 12 livros e no mínimo o mesmo número de artigos foram publicados, representando esforços individuais e isolados de elaborar, formular e justificar esses princípios, até que, em 1950, Allan Eggleston D.O. apresentou os três preceitos a seguir:

1. O corpo possui a habilidade inerente de manter-se saudável e de se recuperar da doença, desde que todas suas partes constituintes e sistemas estejam funcionando normalmente.
2. Distúrbios mecânicos ou estruturais aparecem no corpo, podendo interferir ou impedir, o funcionamento normal de algumas partes ou sistemas do corpo.
3. Estes distúrbios mecânicos ou estruturais podem ser reconhecidos e interpretados, de forma que seja possível a aplicação de um tratamento, que irá superar esses distúrbios ou ajudar o corpo a compensá-los. (EGGLESTON, 1950 apud STARK, 2013, p. 6).

Na mesma época, na Inglaterra, país por onde a Osteopatia entrou na Europa, se ensinavam os três Princípios Básicos do Dr. Andrew Taylor Still, como se descobriu através de notas de aula de um aluno da Escola Britânica de Osteopatia (*British School of Osteopathy*):

1. Estrutura e função são interdependentes
2. O corpo é autossuficiente – Tende a se curar e sempre tende ao normal
3. A lei da artéria – Suprema (STARK, 2013, p. 7).

Segundo Stark, durante o período tradicional, aceitava-se que osteopatas individualmente publicassem artigos sobre suas impressões sobre os princípios osteopáticos e na sua maioria, sem fazer a devida referência formal aos outros autores que contribuíram para o desenvolvimento da ideia.

Os Princípios do Período Moderno foram inicialmente desenvolvidos em 1953, por um comitê chamado de “O Conceito Osteopático” (*The Osteopathic Concept*) para servir como manual de ensino do Colégio de Osteopatia e Cirurgia de Kirksville (*Kirksville College of Osteopathy and Surgery*). Os títulos dos quatro tópicos dos princípios osteopáticos são:

1. O corpo é um todo.
2. O corpo possui mecanismos auto regulatórios.
3. Estrutura e Função estão reciprocamente inter-relacionados.
4. O tratamento racional está baseado no entendimento dos princípios básicos de corpo como um todo, da auto-regulação e na inter-relação de estrutura e função. (STARK, 2013, p. 7).

Esses princípios vêm sendo discutidos e desenvolvidos desde então, sendo que em 2002 Felix Rogers D.O., junto com alguns colaboradores de peso das áreas da Medicina de

Família, Medicina Manipulativa, Medicina Interna e das Ciências Básicas participaram desse trabalho, conseguindo propor um conjunto de princípios para a Osteopatia. Segundo Rogers et al. (2002), a declaração produzida por esse grupo multidisciplinar compartilhava essas duas características com os conjuntos de valores definidos anteriormente: *1º – Se os princípios são precisos e verdadeiros, eles resistirão ao teste do tempo; 2º – Orientações bem definidas estimulam a interpretação individual e a expressão do seu entendimento.* E os princípios são assim definidos:

- A pessoa é produto da interação dinâmica entre corpo, mente e espírito.
- Uma propriedade intrínseca dessa interação dinâmica é a capacidade do indivíduo manter sua saúde e se recuperar de doenças.
- Algumas forças, tanto internas como externas, vão desafiar essa capacidade intrínseca e contribuirão para o aparecimento das doenças.
- O sistema músculo-esquelético influencia a capacidade individual de restauração dessa capacidade inerente e portanto, resistir aos processos de doença. (ROGERS et al., 2002, p. 258).

Além dos princípios osteopáticos, esse grupo formado por Rogers e outros renomados osteopatas criou também algumas regras para os cuidados com o paciente:

- O paciente é o foco dos cuidados em saúde
- O paciente tem a responsabilidade primária pela sua saúde.
- Um programa de tratamento efetivo para os cuidados do paciente está fundamentado nos princípios osteopáticos e:
  - incorporam as diretrizes baseadas em evidência.
  - Otimizam a capacidade natural de cura do paciente.
  - Abordam a causa primária da doença.
  - Enfatizam a manutenção da saúde e a prevenção das doenças. (ROGERS et al., 2002, p. 258).

Esses princípios e regras, publicados em 2002, raramente perduram exclusivamente pelo *status* dos seus autores e, com certeza, vão refletir ao longo do tempo toda sua relevância, tanto na investigação científica, como na prática clínica da Osteopatia.

Christian Hartmann e Martin Pottner (2011a) introduziram o conceito de teoria do campo osteopático clássico, que seria a fusão da filosofia osteopática de A.T. Still, tentando elucidá-la dividindo-a em três partes – Ética, Metafísica e Física -, com a necessidade de John Littlejohn, de instituir a ciência osteopática. Tanto o pai da Osteopatia, como o grande disseminador de suas ideias na Europa, respectivamente, comungavam de uma assertiva: *osteopatia é uma filosofia distinta da medicina.*

## 5.2 DISFUNÇÃO SOMÁTICA

A terapia manual figura entre as mais antigas intervenções significativas registradas na medicina. Há evidências do uso dessa terapia desde a China, onde em 2598 a.C. aparece a primeira menção sobre tratamento médico manual; a Grécia, onde Hipócrates (460-285 a.C) descreveu a utilização de terapia manual vertebral no tratamento da escoliose; e também no Egito e Tailândia arcaicos (HUIJBREGTS, 2010).

Posteriormente, Claudius Galeno (131-202 d.C.) descreveu o ato de andar sobre regiões vertebrais disfuncionais como terapêutico, fornecendo evidências para a utilização terapêutica da manipulação vertebral, e Avicenna de Bagdad (980-1037 d.C), conhecido como o “médico dos médicos”, ilustrou manipulações vertebrais em seu livro *O livro da cura*, cuja tradução publicada em latim influenciou Leonardo Da Vinci (1452-1519), contribuindo para o surgimento da medicina ocidental na Idade Média (FERREIRA, 2015).

Desde então vem se desenvolvendo o uso dessa abordagem pelos consertadores de ossos (*bonesetters*), até os dias de hoje (GREENMAN, 2003). Esses conceitos formaram a base para o desenvolvimento, no final do século XIX, da Osteopatia (1874), profissão da área da saúde que hoje é classificada pela OMS como prática complementar (CLAR et al., 2014) e que se caracteriza exclusivamente por sua abordagem exclusivamente manual.

Embora o conceito de disfunção somática seja adotado por vários osteopatas como pilar central da prática osteopática, precisamos nos aprofundar nesse assunto, que suscita muitas questões e poucas comprovações. Começaremos perguntando: do que se trata então a disfunção somática?

Para Richard Van Buskirk (1990), a disfunção somática, conceito originalmente cunhado por Andrew Taylor Still como “lesão” em seus escritos (STILL, 1899; 1902; 1910), com o tempo evoluiu para “lesão osteopática”, antes de ser chamada de disfunção somática, e é o ponto principal na prática e nos princípios que distinguem a Osteopatia de outras práticas. O autor afirma que o modelo de disfunção somática foi desenvolvido a partir da ideia de restrição de mobilidade e das alterações autonômicas, viscerais e imunológicas, produzidas pelos neurônios sensoriais relacionados a dor e seus reflexos (VAN BUSKIRK, 1990).

Partindo do Glossário de Terminologia Osteopática da Associação Americana das Universidades de Medicina Osteopática, defi disfunção somática como a função alterada ou prejudicada de todos os componentes relacionados ao sistema somático (*bodyframework*): esqueleto, articulações, estruturas miofasciais e viscerais e elementos linfáticos, vasculares e

neurais relacionados. O tratamento da disfunção somática é realizado através do tratamento manipulativo osteopático (TMO). Os aspectos posicionais e de movimento de disfunção somática são mais bem descritos utilizando pelo menos um dos três parâmetros:

- A posição de uma parte do corpo determinada pela palpação, sendo referenciado por sua estrutura adjacente;
- As direções em que o movimento está mais livre, por convenção, vão nomear a disfunção somática;
- As direções em que o movimento está restrito, devem ser recuperadas para restauração do equilíbrio do funcionamento. (AACOM, 2011, p. 53).

Irvin Korr, junto com Stedman Denslow, trabalhou por décadas no Kirksville College of Osteoathic Medicine, pesquisando e publicando, para agregar legitimidade científica à prática clínica da Osteopatia (CHAITOW et al., 2004). Desenvolveu a noção de segmento facilitado (KORR, 1975), desenvolvida com o objetivo de explicar o comportamento da disfunção somática e de fundamentar a inter-relação e interdependência dos sistemas visceral e somático (KORR, 1979; 1997). Gary Fryer (1999), um osteopata australiano e pesquisador em plena produção, tem um olhar crítico sobre os modelos desenvolvidos por Korr e descreve, pelas lentes deste, tal comportamento:

Uma estrutura somática ou visceral lesionada, produz uma barreira contra os impulsos aferentes discordantes que chegam no corno posterior da medula, sensibilizando o segmento. Propõe-se que o limiar de excitabilidade do interneurônio espinhal cai, permitindo uma resposta exagerada nas vias sinápticas nesse nível, aumentando: a percepção dolorosa, as eferências simpática e o tônus da musculatura que recebe inervação segmentar. (KORR apud FRYER, 1999, p. 14).

Korr ainda proporia que o aumento no tônus neurológico basal da musculatura seria provocado por uma hiperexcitabilidade dos fusos intramusculares, levando a uma manutenção do reflexo de contração muscular. Em 1990, entretanto, Van Buskirk (1990) demonstrou que os fusos intramusculares não teriam a capacidade de produzir reflexos de contração muscular e elegeu os nociceptores – tanto os receptores de dor, como as terminações nervosas livres – como sendo os únicos proprioceptores responsáveis pela produção da descarga simpática e do reflexo de contração muscular, centrando seu modelo de efeitos somáticos e simpáticos (viscerais e imunológicos) do segmento.

Diversos autores divergiram das ideias de Irvin Korr ao longo dos tempos (LEDERMAN, 1997; BOGDUK, 1997; RICHARDSON et al., 1999), levando Gary Fryer a considerar as discussões em torno desse assunto e a desenvolver uma adaptação ao modelo de disfunção somática segmentar na coluna vertebral:

O estresse sobre a capsula articular zigapofisária cria inflamação, sinovite, efusão e ativa os nociceptores. Reflexos axonais produzem vasodilatação e inflamação dos remos terminais dos axônios, provocando mudança na qualidade da textura tecidual e sensibilidade (possivelmente associado à inflamação e edema muscular). O arco de movimento ficaria diminuído e a sensação palpatória do final de movimento alterada devido ao edema tecidual e efusão articular. (FRYER, 1999, p. 17).

Fryer complementa as ideias acima com as de Van Buskirk (1990), sobre o papel dos nociceptores na ativação simpática e possíveis respostas viscerais e imunológicas, e com as de Carolyn Richardson (1999), sobre a inibição dos músculos estabilizadores profundos e excitabilidade dos músculos superficiais, provocando instabilidade e facilitando a recidiva do problema. Além disso, aborda a perda de mobilidade e assimetria de movimento pela mudança na qualidade do tecido conjuntivo da cápsula articular; a característica de retroalimentação do sistema pela inflamação segmentar tecidual e estimulação simpática; e a produção de uma sensibilização central a partir da alteração no processamento da informação nociceptiva no corno posterior da medula, levando a hiperalgesia e cronificação.

Evoluindo suas pesquisas, Fryer avança seus estudos na disfunção somática intervertebral, discutindo:

- A sinonímia dos diferentes termos grifes de diferentes profissionais, como a “subluxação” para os quiropraxistas ou a “fixação ou bloqueio articular” para os mais diversos terapeutas manipulativos em relação à “disfunção somática” dos osteopatas;
- Seus indicadores diagnósticos, que convergem para o acrônimo do inglês, **TART** (**T**issue changes, **A**symmetry, **R**ange of motion e **T**enderness), em português (alterações teciduais, assimetria, arco de movimento e sensibilidade) e demandam uma palpação manual especializada;
- A baixa confiabilidade de sua avaliação, onde, apesar de todos os terapeutas manuais (osteopatas, quiropraxistas, terapeutas manuais) concordarem com a existência de uma disfunção intervertebral manipulável, devido a falta de fidedignidade na detecção dessas disfunções, chega-se a levantar a hipótese de que a disfunção somática intervertebral seja uma invenção da imaginação do coletivo de terapeutas manuais. Apesar disso, existe algum suporte para o aumento da confiabilidade na avaliação que inclui a reprodução do local da dor ou a provocação da dor (procedimento que não é proposto em nenhum texto osteopático) associado a análise do movimento articular e as alterações da qualidade tecidual. (FRYER, 2003, p. 2-3).

Os modelos neurológicos de Korr, que enfatiza os proprioceptores e o de Van Buskirk, que enfatiza os nociceptores, parecem ser as melhores contribuições teóricas das últimas décadas no campo da disfunção somática, e neles já nos aprofundamos em parágrafos anteriores. Porém, mais recentemente, Willard ampliou o modelo nociceptivo, descrevendo ligações entre a nocicepção, o sistema neuroendocrinoimunológico e a disfunção somática. Os tradicionais pressupõem a relação entre a geração de sinais motores alterados na medula

espinhal pelas vias somáticas e simpáticas e as alterações neuromusculares com a disfunção somática. Recentemente as evidências apontam, no entanto, para os neurônios sensoriais como mediadores dos sinais medulares que provocam as alterações neuromusculares na periferia (HOWEL; WILLARD, 2005).

Fryer (2003) levanta especulações de outras etiologias sobre as restrições de movimento articular e mudanças na qualidade tecidual. Os *entrapments* e *extrapments*, que podemos traduzir como aprisionamento interno e aprisionamento externos, do meniscoide, estrutura fibrogordurosa vascularizada de até 5 mm de comprimento, que recobre as facetas articulares e pode se aprisionar dentro ou para fora das articulações zigapofisárias, provocando, respectivamente, edema e dificuldade no deslizamento das facetas articulares ou se prende à margem da articulação, travando completamente o movimento da faceta. Além disso, as aderências periarticulares, os deslocamentos do núcleo intradiscal e outras teorias menos fiáveis também podem contribuir na gênese das disfunções somáticas intervertebrais.

Uma das grandes contribuições de um trabalho mais moderno de Fryer (2016) foi a proposta de um novo modelo para a disfunção somática intervertebral, o modelo do déficit proprioceptivo. Partindo de uma disfunção ou pequena lesão/entorse do complexo articular intervertebral, uma cascata simultânea de alterações funcionais e pato-mecânicas que vão provocar um déficit na propriocepção local e mudanças subsequentes na atividade muscular e no controle motor segmentar e polisegmentar, criando um ciclo retroalimentador que predispõe o segmento à perpetuação da sobrecarga (Anexo 3).

Nefyn Williams (1997), em seu artigo sobre o gerenciamento da dor lombar na prática clínica, fala num momento para uma mudança de paradigma, quando apresenta a disfunção somática e as evidências científicas relacionadas a ela como teorias mais interessantes que as da abordagem reducionista vigente. John Howell e Frank Willard afirmam que existem evidências diretas para a redução da hiperlgesia após a manipulação articular, justificada pela ativação das vias serotoninérgicas e adernárgicas descendentes (HOWEL; WILLARD, 2005).

John Licciardone apresenta dois trabalhos importantes na área, um que avalia a satisfação dos pacientes com tratamento osteopático, com excelentes resultados relacionados à satisfação em geral, assim como com o resultado clínico (percepção de melhoras na dor e na mobilidade) e com os custos do tratamento (LICCIARDONE et al., 2002) e outro que apresenta uma análise retrospectiva do tratamento de pacientes com disfunções somáticas em três clínicas de família nos EUA, com resultados que fornecem uma perspectiva única, tanto para o uso clínico das TMO (Tratamento de Manipulativo Osteopático), como na resposta dos

pacientes ao tratamento (LICCIARDONE, 2005). Em 2103, realizou um trabalho com 455 pacientes que apresentavam dor lombar de intensidade alta (EAV<sup>24</sup> entre 50mm e 100mm), onde encontrou significativa melhora clínica do funcionamento específico lombar associada a melhora da dor nesses pacientes, que foram tratados com TMO. Licciardone afirma que baseado nesses resultados, na segurança e na satisfação com o tratamento, o TMO aparece como uma opção atraente para pacientes com dor lombar crônica de alta intensidade (LICCIARDONE, 2013).

Esses achados, ainda que quantitativamente pouco significativos, contribuem como resultado clínico para as justificativas terapêuticas das disfunções somáticas intervertebrais levantadas por Fryer (2003), podemos considerar a redução da efusão na articulação zigapofisária e do edema peri-articular, o alongamento da cápsula articular interfacetária, a hipotalgesia induzida pela manipulação e a melhora no controle motor e na propriocepção como possíveis justificativas fisiológicas para a resposta positiva dos pacientes ao TMO.

Como já afirmado, para a maioria dos profissionais envolvidos, a disfunção somática tem papel-chave na prática osteopática, porém, para outros pode ser considerado como um conceito anacrônico que ameaça ridicularizar a profissão. A OMS, via Código Internacional das Doenças (CID), classificou disfunção somática sob o nº M990, como *Disfunção segmentar e somática* (CID, 2017), mas o termo continua vago e sem uma patofisiologia definida. Fryer (2016) critica a classificação, afirmando que ela serve apenas aos médicos osteopáticos americanos com propósitos de cobrança aos seguros de saúde e de reembolso, mas que tem pouca relevância para os osteopatas de fora dos EUA. Se por um lado, pode-se discordar da posição de Fryer, pesando a importância do termo disfunção somática estar classificado com um CID específico pela OMS, servindo de respaldo para as reivindicações dos osteopatas dos países que seguem buscando a regulamentação da Osteopatia, por outro lado, essa classificação pode soar como um paradoxo, aproximando disfunção somática e a práxis osteopática da estrela da biomedicina, a doença.

### 5.3 MODELOS OSTEOPÁTICOS

---

<sup>24</sup> EAV: Escala analógica visual para quantificação objetiva da percepção dolorosa

Cinco modelos de relação estrutura-função guiam os osteopatas em sua abordagem diagnóstica e terapêutica. Esses modelos são normalmente utilizados em combinação, proporcionando uma base para interpretação da importância da disfunção nos contextos objetivos e subjetivos da informação clínica. A adaptação da combinação escolhida será adaptada ao diagnóstico, comorbidades, outros regimes terapêuticos e resposta do paciente ao tratamento. Eles foram listados pela OMS (2010) da forma que se segue.

### **5.3.1 Modelo Biomecânico**

Concebe o corpo como uma integração dos componentes somáticos que se relacionam como um mecanismo de postura e equilíbrio. Percebe os estresses ou desequilíbrios deste mecanismo como fatores que possam afetar a função dinâmica, aumentar o gasto energético, alterar a propriocepção (a percepção da posição relativa e o movimento das partes vizinhas do corpo), alterar a estrutura articular, impedir o bom funcionamento neurovascular e alterar o metabolismo.

Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo as técnicas de manipulação osteopática, com o objetivo de permitir a restauração da postura e equilíbrio, estabelecendo eficiência na utilização dos componentes músculo-esqueléticos.

### **5.3.2 Modelo Respiratório-Circulatório**

Concebido a partir da manutenção dos ambientes extracelular e intracelular através do fornecimento livre de oxigênio e nutrientes e da remoção dos resíduos produzidos nas funções celulares. O estresse tisular ou outros fatores que interferem no fluxo ou na circulação de qualquer fluido corporal podem afetar a saúde do tecido.

Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para abordar a disfunção na mecânica respiratória, na circulação e no fluxo dos fluidos corporais.

### **5.3.3 Modelo Neurológico**

Considera a influência da facilitação espinal, da função proprioceptiva, do sistema nervoso autônomo e da atividade dos nociceptores sobre a função

neuroimunoendocrinológica. É de particular importância, para esse modelo, a relação entre os sistemas somático e visceral (autônomo).

Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para reduzir as tensões mecânicas, equilibrar os estímulos neurais e reduzir ou eliminar o impulso nociceptivo. É muitas vezes referido como o modelo crânio-sacral.

#### **5.3.4 Modelo Biopsicosocial**

Reconhece as várias reações e estresses psicológicos que podem afetar a saúde e o bem-estar dos pacientes. Estes incluem fatores ambientais, socioeconômicos, culturais, fisiológicos e psicológicos que possam influenciar no aparecimento e manutenção da doença.

Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para abordar os efeitos e reações aos vários estresses biopsicossociais.

#### **5.3.5 Modelo Bioenergético**

Reconhece que o organismo procura manter um equilíbrio entre a produção, a distribuição e o gasto de energia. Manter esse equilíbrio auxilia o corpo em sua capacidade de se adaptar aos vários fatores de estresse (imunológicos, nutricionais, psicológicos, etc.).

Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para abordar fatores que têm o potencial de desregular a produção, distribuição ou gasto de energia.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 OSTEOPATIA NO SISTEMA INTERNACIONAL

É importante apresentar nessa primeira parte de nossa discussão o desenvolvimento de um histórico da situação atual da Osteopatia pelo mundo. Oliver Thomson (THOMSON et al., 2014b) afirma que há evidências de que a Osteopatia vem passando por processos de profissionalização nos mais diversos cantos do mundo, sendo que os estágios em que esses processos se apresentam, variam de país para país.

#### 6.1.1 Estados Unidos da América

Iniciar esse histórico pelos Estados Unidos, lugar em que a Osteopatia foi criada, deixam claras as dificuldades que a profissão encontrou ao longo de seu desenvolvimento ao redor do mundo, pois mesmo em seu berço, a Osteopatia teve que passar por um longo processo de amadurecimento. Norman Gevitz (2014b), em uma de suas publicações, chamou de “[...] de uma Escola de ossos para uma Escola de medicina” (“*from School of bones to a School of medicine*”), relatando o processo que Andrew Taylor Still seguiu para fazer a transição de uma formação informal de aprendizes até o desenvolvimento de uma instituição formal de ensino, a Escola Americana de Osteopatia, em 1892. Fomentado por seus seguidores, o processo foi ganhando corpo até que o Estado de Vermont foi o primeiro a reconhecer a Osteopatia nos EUA, em 1895.

Apesar de todas as dificuldades geradas pela influência das sociedades médicas estaduais e pelas discordâncias internas em relação à formação dos osteopatas, vários estados formalizaram sua regulamentação da Osteopatia. Em 1913, 39 dos atuais 50 estados americanos já haviam regulamentado a Osteopatia, e atualmente os médicos osteopatas podem atuar legalmente em todos os estados americanos, sendo formados em 34 universidades de medicina osteopática espalhadas pelo país.

Com o objetivo de estabelecer diretrizes comuns e se organizar para promover seus interesses, foi fundada em 1897 a Associação Americana para o Avanço da Osteopatia (AAAO), sociedade formada por estudantes e praticantes, que deu origem à Academia Americana de Osteopatia (*American Osteopathic Academy – AOA*), que desde 1901 vem sendo segundo Gevitz:

A entidade responsável pela evolução das diretrizes da formação educacional, pelo desenvolvimento de um código de ética, pelo auxílio aos esforços legislativos para garantir a legalização da Osteopatia, pela divulgação pública dessa nova medicina e estímulo à pesquisa científica para comprovar o valor da Osteopatia, pelo fechamento das escolas por correspondência e a eliminação dos imitadores e faquires<sup>25</sup> que povoam o campo dos osteopatas legítimos. (GEVITZ, 2014c, p. 203).

Os conceitos e proposições feitos ao longo dos tempos por Freidson (vide seção 5.4), das fontes onde bebeu e das interpretações de seu trabalho, com certeza reúnem todos os requisitos primordiais necessários para a diferenciação entre as ocupações e as verdadeiras profissões. Num exercício inicial de discussão, percebe-se que alguns deles estão alinhados com a citação acima de Gevitz (2014c), acerca da missão da AOA.

“A entidade responsável pela evolução das diretrizes da formação educacional [...]” – credenciamento, onde o treinamento profissional especializado se dará normalmente em salas de aula, fora do ambiente de trabalho (FREIDSON, 1996, p. 28); “pelo desenvolvimento de um código de ética...” – autonomia profissional, legitimação social dessa autonomia e respeito aos imperativos da conduta profissional (REED e EVANS, 1987, p. 3279); “pelo auxílio aos esforços legislativos para garantir a legalização da Osteopatia [...]” – o Estado e o Mercado, onde a regulação burocrática que permite a manutenção de registros e desenvolvimentos de métodos de manutenção desses registros (FREIDSON, 1983, p. 280-281); “pela divulgação pública dessa nova medicina e estímulo à pesquisa científica para comprovar o valor da Osteopatia [...]” – reconhecimento social, que se faz necessário para a afirmação de uma profissão (FREIDSON, 2009 Apud MORAIS, 2016, p. 02); “pelo fechamento das escolas por correspondência e a eliminação dos imitadores e faquires que povoam o campo dos osteopatas legítimos [...]” – profissionalização, controle sobre a formação, gerenciamento de conflitos internos e externos, moldando o perfil do profissional que desenvolvem atividade semelhante, separando o competente do incompetente (WILENSKI, 1964, p. 141).”

Apesar de todas as referências acima, o médico osteopata (D.O.) já suscitou nos EUA, ao longo dos tempos, tanto um tipo de segregação e preconceito por parte da classe médica alopática em relação aos médicos osteopáticos (RYAN, 2011), como um movimento de fusão da Osteopatia com a medicina alopática, promovido pela presidente da Associação Osteopática da Califórnia, Dorothy Marsh, no início dos anos 1960 (CRUM, 1975),

---

<sup>25</sup> É um **asceta**, pessoa que busca se afastar dos prazeres, dedicando-se a orações, privações e flagelações, que vive de executar feitos de resistência ou de suposta magia, como caminhar sobre o fogo, engolimento de espada ou deitar-se sobre uma cama de pregos.

provavelmente fortalecido pelo movimento iniciado nos anos 1940, quando alguns médicos osteopáticos começaram a se utilizar dos recém introduzidos antibióticos, enfraquecendo o posicionamento conceitual de A.T. Still contra os fármacos (GOODMAN, 2001). Embora as intenções de Marsh fossem de aproximar as formações de D.O. com a de M.D. e de unificar os direitos e deveres entre essas profissões, essa fusão poderia levar, no decorrer do tempo, a uma perda da identidade osteopática, afastando os D.O.s das ideias do criador da Osteopatia, Andrew Taylor Still.

Miller descreve bem os períodos do desenvolvimento da identidade osteopática, desde os estatutos de fundação de Still, até os dias de hoje, percebendo o papel importante do ambiente social, estabelecendo e mudando a identidade profissional e a tensão entre identidade e prática dentro da própria profissão osteopática (MILLER, 1998).

Gevitz completa:

A saúde profissional da Medicina osteopática é diretamente proporcional ao grau que a disciplina incorpora seus princípios e práticas diferenciados através do ensinamento dos estudantes em formação e profissionais graduados, no gerenciamento dos problemas dos pacientes e nas configurações da prática. (GEVITZ, 2006, p. 121).

### **6.1.2 Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia**

Faz-se importante trazer o olhar da discussão para a Osteopatia fora dos EUA, onde já é sabido, a profissão é regulamentada, estabelecida e praticada quase que massivamente pela vertente dos médicos osteopatas. O foco dessa caminhada será a Europa, onde John Martin Littlejohn é uma das figuras mais importantes do processo. Depois, mais resumidamente, também será explicitado o processo na Australásia<sup>26</sup>.

Erudito e curioso, Littlejohn estudou Direito, Teologia e línguas orientais, além de Anatomia e Fisiologia. Saiu de Glasgow, na Escócia, para fazer um PhD na Universidade de Columbia, o que conseguiu em 1897. Problemas de saúde o levaram a Kirksville, onde conheceu Andrew Taylor Still e a Osteopatia, em 1897. Muito satisfeito com os resultados obtidos com o tratamento proposto por A.T. Still, se inscreveu na Escola Americana de Osteopatia (*American School of Osteopathy*), recém-nascida, e levou junto seus dois irmãos.

---

<sup>26</sup> Australásia: termo que se refere a região que inclui Austrália, Nova Zelândia, Nova Guiné e algumas ilhas menores, porém nossa referência é a outra forma pela qual ele também é utilizado, levando em consideração apenas o conjunto Austrália e Nova Zelândia.

Pagou por seus estudos ensinando Fisiologia e participando como decano dentro da escola, terminando seus estudos em 1900.

Sua relação com Still se tensionou, a Fisiologia ortodoxa que incomodava o velho mestre levou Littlejohn a sair de Kirksville e fundar, junto com seus dois irmãos, a Escola Americana de Medicina e Cirurgia Osteopática de Chicago, no mesmo ano em que recebeu seu diploma. John Littlejohn voltou ao Reino Unido e em 1913 criou a Escola Britânica de Osteopatia (*British School of Osteopathy*), que existe até hoje, sendo uma referência do ensino da Osteopatia na Europa. Após essa iniciativa de Littlejohn, outras escolas foram fundadas, sendo que algumas por convicção de seus criadores, outras apenas visando à criação de um negócio rentável.

Nos anos vinte, a maioria dos osteopatas que trabalham no Reino Unido eram D.Os. formados em escolas americanas e a prática de terapias alternativas era um direito constitucional, onde de acordo com a “Lei Comum” que rege a saúde pública do Reino Unido, não existe nenhuma restrição legal quanto à escolha do tipo de terapia. A marginalização não incide sobre uma profissão, mas pode acontecer com as pessoas que praticam, ou seja, uma solicitação de inscrição num registro profissional pode ser recusada, o que não impediria a prática, mas isolava o prático (LEPERS, 2009).

Sonhando com um monopólio da terapia manual e uma legitimação aos olhos do público, os osteopatas começaram a se organizar, buscando um estatuto profissional, entrando em um processo de profissionalização cujas características correspondem às etapas que já definimos no item 5.4.2 (WILENSKY, 1964). Em 1911, alguns D.Os. americanos se reuniram na cidade de Manchester para formar a Associação Osteopática Britânica (*British Osteopathic Association*), e como aconteceu com as escolas, várias outras associações foram sendo formadas. De uma separação na escola de uma dessas associações, a *British Osteopathic and Naturopathic Association* (Associação Osteopática e Naturopática<sup>27</sup> Britânica), nasceram duas novas e importantes escolas – a Escola Europeia de Osteopatia (*L'Ecole Européene d'Osteopathie* – EEO), em Maidstone, que ensinava Osteopatia em tempo parcial para *kinesithérapeutes*<sup>28</sup> franceses e belgas, a outra, Escola Europeia de Osteopatia (*The European School of Osteopathy*), criada no seio da EEO, para ensinar aos alunos britânicos em tempo

---

<sup>27</sup> Naturopatia: é uma abordagem holística de assistência ao paciente, que enfatiza a capacidade intrínseca do corpo para curar-se e manter-se. Os Naturopatas se utilizam, principalmente, de recursos naturais como remédios a base de plantas medicinais, podendo usar vitaminas, minerais, aminoácidos, com objetivo de reestabelecer a saúde.

<sup>28</sup> *Kinesithérapeute* (cinesioterapeuta): é o responsável pela implementação da terapia através do movimento, utilizando basicamente as mãos, exercícios e a reeducação de movimento como ferramenta (REGNAUX, JP et Al, 2013). Termo muito utilizado na França e na Bélgica, porém, sinônimo de *physiothérapeute* na Suíça (IEK, 2017).

integral. Esse tipo de ensino, como graduação, é aquele a que expoentes da Sociologia das Profissões se referem como determinantes no processo de profissionalização.

Em 1936 nasceu o Conselho Geral e Registro dos Osteopatas (*General Council and Register of Osteopaths*), a partir de um parecer do governo em relação à necessidade de unir diferentes organizações e facções que haviam sido criadas até aquele momento, para registrar os osteopatas e afastar os charlatões da prática da Osteopatia, além de se posicionar contra a forte oposição do Conselho Geral de Medicina em relação a suas proposições desde 1931 (LEPERS, 2009). Desse momento até o início dos anos 90, os osteopatas seguiram trabalhando com o objetivo de justificar sua existência, através de definições sobre o escopo da prática, publicações sobre limites do tratamento; tentando o reconhecimento acadêmico, através da elevação dos padrões das escolas de osteopatia, para que o aluno obtivesse o título de bacharel em ciências, o que foi conseguido em 1989.

Em junho de 1993, após muitos anos de luta, o Ato dos Osteopatas (*Osteopaths Act*) foi publicado, e o Conselho Geral e Registro dos Osteopatas se transformou em GOsC, Conselho Geral Osteopático (*General Osteopathic Council*). Esse novo registro, oficial e único, é composto por quatro comitês estatutários: de Educação, de Pesquisa, de Conduta Profissional e de Saúde. Como descreve Lepers: “A profissão é unificada e protegida pelo Estado e o novo Conselho é obrigado pelo Estado a listar os osteopatas que cumprem os padrões educacionais e a desenvolver, promover e regular a boa prática da Osteopatia.” (UK PARLIAMENTS ACTS, 1993).

Vale ressaltar que o *Osteopaths Act* apresenta dispositivos transitórios para proteger os profissionais que praticavam a Osteopatia antes da promulgação da lei, ou seja, se solicitarem o registro, serão reconhecidos como qualificados, desde que tenham pelo menos cinco anos (não obrigatoriamente consecutivos) de prática clínica comprovada (UK PARLIAMENTS ACTS, 1993).

Outra grande conquista da Osteopatia do Reino Unido foi impulsionada pelo *Osteopaths Act*, quando em 1994 o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS)<sup>29</sup> começou a cobrir as consultas osteopáticas em algumas regiões do país. Porém, para se conseguir o reembolso, um médico generalista deveria indicar o tratamento, o que com certeza desagradou muito a ala dos osteopatas mais radicais.

---

<sup>29</sup> NHS (*National Health System*): é o serviço de saúde pública do Reino Unido, onde os princípios básicos são abrangência, universalidade e gratuidade na prestação do serviço. Foi estabelecido como uma das maiores reformas sociais após a Segunda Guerra Mundial.

Para Freidson, o controle sobre uma área do saber é determinante para se conseguir organizar um grupo profissional (FREIDSON, 1996). Acompanhando esse pensamento, as conquistas vêm se sucedendo no Reino Unido desde então. Em 1993, o título de Bacharel em Ciências da Escola Britânica de Osteopatia (BSO) é aceito pelo serviço de validação das Universidades Abertas Europeias. Em 2004, a BSO firmou um acordo com a Universidade de Bedfordshire, que passou a validar seus diplomas, e em 2008 substituiu o Bacharelado por título do nível de Mestrado.

O Estudo qualitativo realizado por Thomson apenas com osteopatas ingleses sugeriu que os osteopatas têm visões e percepções diferentes de sua identidade profissional, e dos princípios e teorias osteopáticas tradicionais. As diferenças encontradas entre os participantes desse trabalho, tanto em visões, como nas percepções, são comparáveis aos resultados encontrados em pesquisas similares na área da Fisioterapia (THOMSON, 2014a).

A caminhada da Osteopatia na Austrália e na Nova Zelândia foi sempre entrelaçada com a Quiropraxia<sup>30</sup> de forma bem complexa. A política econômica dos sistemas nacionais de saúde desempenhou papel importante na definição da natureza da Osteopatia nos diversos contextos nacionais. O sistema médico de ambas as sociedades poderia ser percebido como pluralista, pois apesar da dominância da medicina biomédica alopática, encarava uma competição com diversos sistemas de práticas médicas alternativas, tais como Quiropraxia, Osteopatia, Medicina Chinesa e Acupuntura, Naturopatia, Herbalismo Oriental, Homeopatia e várias outras formas de trabalho corporal, que ganharam popularidade na Australásia (BAER, 2009).

Como no Reino Unido, a Osteopatia chegou à Australásia no início do século XX. Partiu como sendo um sistema médico heterodoxo marginal e seguiu evoluindo, com a criação de diversas escolas para o ensino da Osteopatia, quase sempre associadas com a Quiropraxia.

Em 1974, o Ministério da Saúde formou um comitê para avaliar as mais variadas associações de medicinas complementares e escolas de formação, propondo, através de um relatório de 930 páginas, o registro estatutário de osteopatas e quiropraxistas, além da criação de programas de formação para ambas as práticas em instituições públicas de ensino. Em

---

<sup>30</sup> Quiropraxia (*Chiropractic*): criada por Daniel David Palmer em 1895, é uma profissão que se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas no sistema neuromusculoesquelético e os efeitos dessas disfunções na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. No Brasil, a Quiropraxia se encontra numa situação parecida com a da Osteopatia, reconhecida como especialidade da Fisioterapia e no processo de regulamentação da profissão independente.

1978, mesmo havendo forte resistência da Associação Australiana de Fisioterapia, algumas jurisdições australianas criaram o registro estatutário para quiropraxistas e osteopatas, sendo seguidas ao longo dos anos por outras jurisdições até 2001.

Escolas de formação também foram sendo criadas nesse meio tempo em instituições públicas, além da Associação Australiana de Osteopatia e da Sociedade Neozelandesa de Osteopatia, que mantém, até hoje, relacionamento estreito com o Conselho Geral dos Osteopatas do Reino Unido, o que permite ao osteopata registrado na Austrália e Nova Zelândia, trabalhar legalmente respaldado no Reino Unido.

Na Austrália, o tratamento osteopático é coberto por alguns dos planos do sistema de saúde público e planos particulares também reembolsam consultas de primeira intenção em Osteopatia e Quiropraxia. Segundo Hans Baer, o Conselho Osteopático da Nova Zelândia (*Osteopathic Council of New Zealand*) regula a profissão na Nova Zelândia desde 2003, sendo que duas notáveis associações profissionais, a Sociedade Osteopática da Nova Zelândia e Sociedade Internacional de Práticos Osteopáticos, interagem com os sistemas de saúde governamental e as companhias privadas de saúde, conseguindo alguns subsídios para o tratamento osteopático (BAER, 2009).

O tipo ideal de profissionalismo proposto por Freidson seria constituído pelos seguintes componentes:

1. Uma ocupação que empregue um corpo especializado de conhecimentos e qualificações, e que seja desempenhada para a subsistência em um mercado de trabalho formal, gozando de status oficial e público relativamente alto e considerada não só de caráter criterioso, como fundamentada em conceitos e teorias abstratos.
2. Jurisdição sobre um corpo especializado de conhecimentos e qualificações em uma divisão do trabalho específica, organizada e controlada pelas ocupações participantes.
3. Controle ocupacional da prática desse corpo de conhecimentos e qualificações no mercado de trabalho (seja uma universidade ou uma empresa), por meio de uma reserva que exija que apenas os membros adequadamente credenciados possam executar as tarefas sobre as quais têm jurisdição e também supervisionar e avaliar seu desempenho. Estes últimos servem como *classe administrativa* da profissão.
4. A credencial utilizada para amparar sua reserva de mercado de trabalho é criada por um programa de treinamento que se desenrola fora desse mercado, em escolas associadas a universidades. O currículo de ensino é estabelecido, controlado e transmitido por membros da profissão que agem como corpo docente em tempo integral, atuando pouco ou nada no mercado de trabalho cotidiano. O corpo docente serve como *classe cognitiva* da profissão. (FREIDSON, 1996, p. 27-28).

Sendo assim, cumprindo todos esses requisitos, Osteopatia é um sistema médico heterodoxo totalmente legítimo e profissionalizado na Australásia (BAER, 2009). Lá, assim como no Reino Unido, a Fisioterapia, mesmo apresentando *status* de profissão independente e

com autonomia ampla, não são criadas resistência ou dificuldades para a afirmação da Osteopatia como uma profissão independente, oficialmente regulamentada, regulada por conselhos e associações de pares; a sociedade tem acesso à formação profissional em graduações universitárias.

### 6.1.3 França e Bélgica

Até os anos 1950, a Osteopatia nesses países era praticamente reservada a médicos curiosos. O primeiro francês a se interessar pela Osteopatia e a introduzir suas técnicas e princípios foi o Dr. L. Moutin, que escreveu em 1913 o *Manual de Osteopatia Prática (Manuel d'Ostéopathie Pratique)*, em parceria com um osteopata inglês, G. A. Mann. Em 1930, Robert Lavezzari, outro médico que lia tudo relacionado a essa medicina revolucionária, entrou em contato com Florence Gair, aluna de Andrew Taylor Still, que formou Lavezzari nas técnicas osteopáticas. Ele criou em 1932 a primeira escola fora do eixo Estados Unidos e Reino Unido em Paris, escreveu o livro *Um novo método clínico e terapêutico, a Osteopatia (Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique, l'Osteopathie)* em 1949, e fundou a Sociedade Francesa de Osteopatia, que existe até hoje, no ano de 1952 (LEPERS, 2009).

Paul Geny, *kinesithérapeute* francês, em 1951 criou os primeiros seminários de Osteopatia para não médicos em Paris, realizados dentro da escola de *kinesithérapie*. Em 1956, ele criou a revista francesa de Osteopatia e fundou a Escola Francesa de Osteopatia; logo depois surgiu um sindicato para a defesa profissional. Em 1960, Paul Geny separou as escolas de Osteopatia e *kinesithérapie*, mudando-a de endereço em Paris. No entanto, teve início uma perseguição contra ele, e em 1965 vários processos por prática ilegal da medicina foram abertos e Paul, estrategicamente, se instalou em Londres dentro de uma escola conhecida. Quatro anos depois, a escola se mudou para Maidstone, onde iria se transformar na Escola Europeia de Osteopatia (*L'Ecole Européene d'Osteopathie* – EEO), que começaria a receber um número enorme de *kinesithérapeutes* franceses e belgas.

Em 1962, o Ministério da Saúde francês reservou apenas aos médicos o direito de diagnosticar e tratar pacientes através de manipulações vertebrais, mas não criou nenhuma especialidade, nem aperfeiçoamento.

Francis Peyralade e Robert Queguiner fundaram a SEREO (Sociedade de Estudos, Pesquisa e Ensino de Osteopatia) em 1969; logo depois, em 1973, alguns alunos de Paul Geny

e outros autodidatas abriram uma formação em tempo parcial, chamada Colégio Francês de Osteopatia, reservado apenas aos *kinesithérapeutes* (LEPERS, 2009).

Em 1976, nasceu na França o I.W.G.S. (Instituto William Garner Sutherland), origem do osteopata Bernard Quef, um dos precursores do ensino da Osteopatia no Brasil em 1986, responsável pela vinda dos professores que ajudaram a construir a primeira formação completa em Osteopatia no Brasil. Várias outras escolas foram surgindo e a procura pela formação aumentou exponencialmente, sobretudo por conta da possibilidade de ampliação do campo da prática. Os *kinesithérapeutes* só podem trabalhar com indicação médica, com a formação nessa nova profissão, a Osteopatia, e mesmo com a perseguição na França, eles passam a poder receber pacientes de demanda espontânea que procuram os resultados dessa nova medicina. É importante ressaltar que as formações jamais se posicionam como uma especialização para os *kinesithérapeutes*, e todo o curso é acompanhado de discursos politicamente engajados em prol da profissão osteopata.

Lepers faz um descrição das escolas de formação em Osteopatia da época, que na sua maioria funcionavam como sociedades anônimas e se multiplicavam pela Europa:

O ritmo dos cursos era aproximadamente o mesmo em cada um dos assuntos. Na França, como na Inglaterra (Maidstone), os estudantes passam entre três a seis dias na escola, em frequências que varia de uma vez por mês até uma vez a cada dois meses durante quatro anos. O número de anos de estudo evoluirá para cinco e depois seis anos. O número de horas aula passará de novecentos para cerca de 1.500 horas. No final do curso os alunos são confrontados com um caso clínico teórico perante um júri internacional. Osteopatas americanos, neozelandeses, australianos e ingleses compunham esses júris. Esta primeira parte da certificação final era chamada de Certificado em Osteopatia (CO)<sup>31</sup>, que fornecia acesso ao teste final, uma defesa oral de uma tese. A qualidade desse trabalho final nos primeiros anos é pobre. A maioria deles são feitos de delírios pseudo-científicos, para a glória de uma osteopatia triunfante e para todos os males da humanidade. Ao estudante então é atribuído o título de DO (Diplomado em Osteopatia). (LEPERS, 2009, p. 109).

Encorajados por seus professores e pela recém-fundada Associação Francesa de Osteopatia, os osteopatas recém-formados começaram a fixar as primeiras placas de “osteopata” nas portas de seus consultórios – mesmo arriscando ser processados por exercício ilegal da medicina, os osteopatas o assumiram plenamente.

Liderados por Robert Maigne, médico francês expoente na manipulação vertebral, médicos reumatologistas e outros que praticam medicina manual iniciaram uma cruzada contra os osteopatas não médicos, afirmando que a manipulação é um ato estritamente médico. Divulgaram campanhas na imprensa escrita e na televisão, tentando alertar o público

---

<sup>31</sup> A CO, Certificação em Osteopatia, foi abolida no início dos anos 2000, permanecendo apenas o DO, Diplomado em Osteopatia, para os alunos que apresentam seus trabalhos de conclusão de formação.

sobre o perigo das manipulações praticadas pelos não médicos. Acompanhando esse momento, uma enxurrada de processos de exercício ilegal da medicina assolou os osteopatas na França. Porém essa ação teve uma reação contrária do esperado, estimulando, e não inibindo, de alguma forma os pacientes que já tinham uma tendência à busca de medicinas complementares para seu cuidado e criando um espírito coletivo nos osteopatas que, relativizando suas diferenças, lutavam contra um “inimigo comum”. Pouco habituados a lutar para conservar território ou hegemonia, e de alguma forma confortados pela síndrome do poder total e da invulnerabilidade, os médicos foram perdendo pouco a pouco esse espaço para o osteopata.

Em 1984, na Bélgica, o reitor da Universidade Livre de Bruxelas apresentou publicamente condições para abertura de um processo de reconhecimento. Segundo Lepers (2009), essa foi a primeira vez que se anunciou oficialmente a necessidade de uma abordagem científica da Osteopatia, a garantia profissional em relação à inocuidade, provas de eficácia e a reprodutibilidade das técnicas. No mesmo ano, a ministra da Saúde belga convocou uma comissão coletiva para estabelecer uma regulamentação, com base no trabalho de Guy Roulier sobre o impacto econômico da Osteopatia na saúde pública, que foi sua tese de conclusão de formação de 1984.

Em 1985, na Bélgica, as multas por exercício ilegal da profissão também começaram a ser expedidas, porém Guy Roulier, com ajuda do Reitor da Universidade de Estrasburgo e um outro médico, concluíram que não havia exercício ilegal da medicina, apenas uma prática diferente e complementar. Desde então, a jurisprudência seguiu perdendo força, até a liberação definitiva dos processos em 1997.

O Instituto William Garner Sutherland (IWGS), demonstrando sua originalidade, abriu sua formação aos médicos, que passaram a estudar junto com os *kinesithérapeutes*, o que facilitou o desenvolvimento de um respeito mútuo. Foi, além disso, momento para trocas frutíferas de acordo com as experiências clínicas de cada um. Os professores não médicos são confrontados com a crítica de seus novos alunos, e os estudantes médicos podem experimentar seus novos conhecimentos práticos e comparar com seus tratamentos de referência. Essa abertura, apesar de rica de experiências, não foi bem vista no meio osteopático, mas a justificativa do IWGS era que nenhuma profissão tinha o monopólio do corporativismo.

A partir das demandas por explicações mais aprofundadas dos alunos médicos, o comitê pedagógico IWGS percebeu a necessidade de reintroduzir a fisiologia, a genética e a

biomecânica na formação em tempo parcial, com o objetivo de dar a possibilidade ao espírito crítico e à clínica se construírem. Isso caracterizou o desenvolvimento da qualidade do ensino, sendo o que Freidson (1996) chama de credencial típica do profissionalismo.

Diversas associações vão se formando e se transformando ao longo de todo esse tempo, a Sociedade de Pesquisa em Terapia Manual, fundada em 1975, se transformou em 1976 em Sociedade Belga de Osteopatia e Pesquisa em Terapia Manual, e seu estatuto foi publicado no *Moniteur Belge*, algo parecido com o nosso *Diário Oficial*. Os dois primeiros D.Os. (Diplomados em Osteopatia) belgas fundaram a Associação Belga de Terapia Manual em 1978, mudando de nome para Associação Belga dos Osteopatas, tendo seus estatutos publicados no *Moniteur Belge* em 1982.

Essas associações profissionais cuidavam do desenvolvimento educacional, oferecendo um curso de dois anos com semiologia médica e diagnóstico de exclusão, biomecânica humana, filosofia das ciências médicas e metodologia científica. Porém, o papel mais importante dessas duas associações foi quando elas pela primeira vez tiveram que se unir para defender um osteopata processado por exercício ilegal da arte de curar. Resolvido o processo, um movimento pró-osteopatia médica avançou na Europa e as duas associações decidiram se unir para se fortalecer. Assim nasceu a Sociedade Belga de Osteopatia, que ganhou *status* de União Profissional Reconhecida pelo Governo (LEPERS, 2009).

Conseguiu-se assim o poder de fechamento social das profissões que Larson (1977) reivindica como primordial para o empoderamento profissional; e ainda, foram aprovadas duas das três regulações governamentais apresentadas por Freidson (1983): a burocrática, regulando os registros e a manutenção dos mesmos, e a colegiada representativa, em que os profissionais são ativos no controle e regulação de seus pares.

O processo rumo à criação do curso universitário é longo: em 1989, depois de anos de negociações entre as associações e sociedades envolvidas, chegou-se a um acordo na Universidade Livre de Bruxelas (ULB), mas o resultado não agradou. A licença expedida seria de *kinesithérapie-ostéopathique*, ou em português literal, cinesioterapia-osteopática. Apesar de o termo criar um amálgama temido entre uma prática fisioterapêutica e a Osteopatia, para alguns otimistas seria a primeira vez que o termo “osteopatia” teria consagração universitária.

Após muito esforço de vários osteopatas, onde se destacam Yves Lepers, referência principal deste texto, e Paul Klein, Osteopata, PhD, professor de Biomecânica da ULB, onde

ambos trabalharam muito durante anos até que, em julho de 2005, a ULB se abriu para o ensino da Osteopatia, com a colaboração de sua Faculdade de Medicina.

O processo de profissionalização na Bélgica aparece como um motor da Europa, o Registro Europeu dos Osteopatas foi criado lá em 1992, transformando-se na Federação Europeia dos Osteopatas em 1999. O Registro Europeu trabalhou pela padronização das exigências acadêmicas e deontológicas na Europa, reunindo as mais diferentes associações dos mais diversos países. Todo membro dessas associações europeias era automaticamente aceito como membro da Federação Europeia.

A Sociedade Belga de Osteopatia foi convidada pelo Parlamento Europeu, em 1993, junto com outras associações de outros países, para seminários de trabalho e discussão sobre as medicinas não convencionais, provavelmente impulsionado pelo Ato dos Osteopatas (*Osteopaths Act*), do qual falamos na seção anterior. Em 1994, um projeto sobre a regulamentação das Medicinas Alternativas foi proposto e em 1997 aceito pelo plenário em Bruxelas.

Todas as associações profissionais belgas relacionadas à Osteopatia assinam uma carta comum inspirada no Decreto Real de 4 julho de 2001, que segue:

O Osteopata Profissional:

- Pertence a uma associação profissional reconhecida pelo Conselho de Estado e do Ministério da Saúde Pública.
- Tem uma formação completa em osteopatia sancionada por um diploma validado pelas associações profissionais.
- Exerce a profissão de osteopata plenamente e exclusivamente de acordo com as normas e regulamentos internos.
- Ele compromete-se a seguir o Código de Ética dos Osteopatas.
- Ele compromete-se a seguir uma educação continuada (participando anualmente de seminários, cursos de formação, e etc., para garantir uma atualização de conhecimento)
- Ele compromete-se a ter seguros de responsabilidade civil de grupo, específico para sua prática Osteopática e credenciado pela Associação Profissional.
- Ele compromete-se a estar inscrito na Registo de Estado Civil como osteopata em seu respectivo município.
- Ele compromete-se a ser membro de GNRPO<sup>32</sup> por intermédio de sua associação profissional, garantindo ao paciente, qualidade no serviço.” (LEPERS, 2009, p.156-157).

Apesar de todas as conquistas na área educacional, das proposições do Ministério da Saúde Belga desde 1999 e do Decreto Real acima, a profissão ainda não foi reconhecida, nem regulamentada na Bélgica. O GNPRO vem renegociando o reconhecimento da independência

---

<sup>32</sup> GNRPO - *Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Osteopathie* (Grupo Nacional Representante dos Profissionais da Osteopatia).

como profissão e sua regulamentação junto ao Ministério da Saúde Belga e ao governo desde 2005.

#### 6.1.4 Portugal

O Parlamento Português aprovou a Lei nº71 de 2013, que regulamenta seis medicinas alternativas complementares, as MACs: Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Naturopatia e Fitoterapia (ALMEIDA, 2008; PORTUGAL, 2013). A inclusão da Osteopatia nas MACs no processo de regulamentação português, que também foi estratégia na Turquia (TURQUIA, 2014), aproveitou o movimento mundial de busca pelo *status* profissional desses diversos grupos ocupacionais, a que Welshn et al. (2004) já se referiam, fortaleceu-se no apoio de legislações do Estado português, que colocam Portugal dentre países como Reino Unido, Holanda, Alemanha, Canadá, EUA, Austrália, cuja característica de cooperação entre medicina ortodoxa e as MACs é uma realidade e o processo de interação e relação profissional entre médicos e profissionais das MACs é estimulado pela OMS (OGUANAMAN, 2006) e foi impulsionado pelo corrente aumento na demanda da sociedade pelas MACs (POLICARPO, 2012).

Desde a regulamentação das MACs, uma grande preocupação com a adequação da formação dos osteopatas em consonância com o Reino Unido estimulou a criação de escolas de formação em nível de bacharelado, como o Instituto Piaget, o Instituto de Técnicas de Saúde e as Escolas Superiores de Saúde, da Cruz Vermelha Portuguesa e do Instituto Politécnico de Portalegre.

## 6.2 O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA OSTEOPATIA NO BRASIL

Se uma característica se repete nos caminhos trilhados pela Osteopatia, em prol de suas conquistas de independência, autonomia, regulamentação, regulação e identidade profissional, independentemente dos países onde aconteceram ou vêm acontecendo, essa é a luta contra o poder. Poder esse instituído pelas mais diversas fontes, como a medicina regular do final do século XIX nos EUA, a marginalização imposta pelos praticantes da medicina alopática convencional no Reino Unido, Portugal e Australásia, a perseguição dos médicos<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Não é uma referência a toda a classe médica; refere-se principalmente aos que praticam a manipulação vertebral, médicos reumatologistas, os que praticam qualquer tipo de medicina manual e reivindicam fechamento exclusivo desse mercado.

na França e na Bélgica ou a resistência do poder público, seja pelas demandas dos Ministérios da Saúde, seja pelas dos Ministérios de Educação em todos esses países. No Brasil, a Fisioterapia é a maior responsável pela imposição desse poder contra a luta pela independência e regulamentação da Osteopatia no Brasil<sup>34</sup>, o que de certa forma pode levantar questões bioéticas, por conta das possíveis consequências desse posicionamento.

Com o objetivo de organizar melhor as ideias, o trabalho vai aprofundar e discutir o que descrevemos na Introdução e finalizaremos esta seção com uma breve incursão na corrente principialista da bioética e suas relações com o atual processo no Brasil.

### **6.2.1 Osteopatia no Brasil**

O trâmite da regulamentação das profissões atualmente vigente no Brasil merece atenção. As profissões formalmente regulamentadas desfrutam da prerrogativa de legislar e tomar conta do exercício de suas práticas, através das instituições de leis específicas que asseguram campos de atuação exclusivamente demarcados pelos Conselhos de Fiscalização do exercício profissional, que são seus sistemas de autorregulação. Via de regra, quaisquer dos frequentes embates jurisdicionais com as profissões ditas menores se resolvem de forma desfavorável em relação a estas, já que devido ao atual clima de desregulação e à forma elitista do sistema atual, profissões menores, como a Osteopatia, não têm obtido muito sucesso em suas reivindicações.

Como vimos nos países onde Osteopatia já se estabeleceu legalmente, o processo de regulamentação envolve a produção e a implementação de regras e sanções promovidas pela interação entre governo, comunidade, os setores econômicos e grupos ocupacionais.

A definição do campo de trabalho, dos procedimentos específicos e da restrição de atividades de exercício são percebidas no mercado de trabalho através da regulamentação ocupacional e profissional. Esta, a partir de algum nível de implementação, permite uma delimitação na entrada no mercado de trabalho e na definição do escopo da prática profissional, tornando esses mercados relativamente mais fechados que os das ocupações não regulamentadas ou de livre exercício.

As ocupações não regulamentadas acabam sendo organizadas pelas instituições e corporações profissionais que provêm a formação e o credenciamento educacional,

---

<sup>34</sup> Situação que é bem parecida com a que encontramos nos países da América do Sul, onde a Osteopatia já se estabeleceu. Argentina, Uruguai e Chile, passam pelo mesmo processo em níveis de evolução diferentes.

registrando e validando seus títulos profissionais que são necessários ao exercício. O Estado, a partir do reconhecimento da utilidade pública de uma atividade, concede a regulamentação dessa atividade ocupacional ou profissional, privilegiando-a através do credencialismo educacional, da reserva de mercado e/ou do direito exclusivo de propriedade sobre campos da prática, sendo que para obter tais privilégios.

Segundo Sabado Nicolau Girardi (2000), as profissões regulamentadas (e aquelas que demandam regulamentação) normalmente apresentam como argumentos básicos:

- 1- A ideia de que a atividade envolve habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades;
- 2- A ideia de que seu exercício afeta profundamente a saúde pública, a segurança e o bem-estar do público;
- 3- A ideia de que a qualidade e os resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo. (GIRARDI et al., 2000, p. 2).

E mais: “uma ocupação ou especialidade laboral regulamentada se ampara na existência de organizações e instituições sociais distintivas” (GIRARDI et al., 2000, p. 2).

Em 2000, foi criada no Brasil uma associação chamada Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBrO). Essa instituição, ainda que não reconhecida ou autorizada pelo Estado para fiscalizar o exercício profissional dos osteopatas, tem o objetivo de “*lutar pelo reconhecimento e regulamentação da osteopatia como profissão independente no Brasil, se comprometendo com a ética e com a seriedade exigidas para o desenvolvimento da osteopatia e seu exercício no Brasil*” (RBrO, 2000), respaldando essa nova ocupação profissional. O RBrO é o único órgão brasileiro, de caráter representativo para a profissão osteopática que é reconhecido como membro da Aliança Internacional Osteopática, a Osteopathic International Alliance<sup>35</sup> (OIA, 2017). Como sugere Girardi, essas instituições devem “legislar o privilégio da prática, controlar os mecanismos de formação e treinamento nas atividades específicas, credibilidade e reconhecimento da sua utilidade social, códigos de ética etc., que as diferenciam do trabalho comum nos mercados de trabalho” (GIRARDI, 2000, p. 2).

---

<sup>35</sup> OIA (Missão e Visão) - Fundada em 2003, é uma organização que trabalha para o avanço e a unidade da profissão osteopática global e para assegurar que todas as pessoas ao redor do mundo tenham acesso à cuidados osteopáticos da mais alta qualidade. Trabalha no fortalecimento dos sistemas de regulação e educação, que serão os responsáveis por assegurar os mais altos padrões de efetividade e segurança nos cuidados em saúde, oferecidos por osteopatas ou médicos osteopatas. Como uma ‘organização das organizações’, a OIA unifica as vertentes da Medicina Osteopática e Osteopatia, conectando escolas, órgãos reguladores e grupos regionais, nacionais e grupos multi-nacionais, auxiliando no processo de regulamentação da profissão em países onde isso ainda não ocorra e fortalecendo onde o processo já está estabelecido. Atualmente a OIA representa mais de 75 organizações, de 30 países, em 5 continentes, reunindo 120.000 profissionais. (OIA, 2014).

Seguindo a assertiva, “A profissão tem um código de ética que governa a prática cujos princípios são mais rigorosos que os controles legais” (REED; EVANS, 1987, p. 3279) e com o objetivo de estabelecer normas e regras profissionais para o maior auto-controle e proteger a população contra os profissionais não aptos para o serviço (WILENSKY, 1964), o RBrO desenvolveu seu código de deontologia dos osteopatas (Anexo 3), nos moldes do código de prática desenvolvido pelo Conselho Geral Osteopático do Reino Unido (GENERAL OSTEOPATHIC COUNCIL, 2015) e do código de conduta do Conselho de Osteopatia da Austrália (OSTEOPATHY BOARD OF AUSTRÁLIA, 2014).

Atualmente a formação completa em Osteopatia é oferecida por três instituições no Brasil, o Instituto Docusse de Osteopatia e Terapia Manual (IDOT) com 27 unidades (IDOT, 2017), a Escola de Osteopatia de Madrid (EOM) com 20 unidades (EOM, 2017) e o Instituto Brasileiro de Osteopatia (IBO) com 3 unidades (IBO, 2017). No resultado da busca na plataforma de dados, outras instituições também aparecem oferecendo formações em Osteopatia, como o Colégio Brasileiro de Osteopatia (CBO) (CBO, 2017), a Escola Brasileira de Osteopatia (EBOM) (EBOM, 2017) e a EBRAFIM, com o curso de Osteopatia e fisioterapia manipulativa (EBRAFIM, 2017), porém já em suas paginas iniciais, fica clara sua relação de especialização com a fisioterapia e em alguns casos, explicitamente contra a profissionalização da Osteopatia, posicionamento partilhado pela Escola de Osteopatia de Madrid (EOM).

O RBrO é a instituição para o controle e regulação profissional do osteopata, mais antiga do Brasil<sup>36</sup>, mas não é reconhecido como tal por todas as instituições de ensino de Osteopatia. Apenas duas escolas, o IDOT e o IBO, ofereceram suas grades curriculares para avaliação do seu Conselho consultivo, o que proporciona aos D.O.s formados por essas duas escolas, a possibilidade do registro direto como membro, apenas enviando seus diplomas de conclusão de formação. Qualquer D.O. formado no Brasil ou no Exterior pode se filiar ao RBrO mediante avaliação de histórico escolar, para os brasileiros e/ou comprovação de filiação a Registros afins em seus países de origem, para os estrangeiros (RBrO, 2016).

No âmbito do governo, podemos constatar recentes demandas para a regulamentação de alguns grupos profissionais de profissões ditas alternativas, complementar e terapia manual, como a Acupuntura, Homeopatia, Quiropraxia e Osteopatia. A recente Portaria nº 849, assinada pelo ministro da Saúde, amplia as Práticas Interativas e Complementares em

---

<sup>36</sup> A Sociedade Brasileira de Osteopatia (SBO) foi fundada em 1988, mas com objetivos de promoção da Osteopatia na sociedade, sem objetivos específicos no âmbito profissional.

Saúde, as PICs, oferecidas pelo SUS (BRASIL, 2017a). O tratamento osteopático foi incluído, com outras 13 novas práticas, além da Acupuntura, Fitoterapia, Termalismo e Homeopatia, que já eram autorizadas, ampliando as ofertas de PICs. As ocupações foram inseridas pela Portaria nº145 (BRASIL, 2017b) e fazem parte da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, o RENASES, que lista todas as ações e serviços públicos que o SUS garante para a população, com a finalidade de atender à integralidade da assistência à saúde (RBrO, 2017).

O Ministério da Saúde, que também participa do processo de regulamentação profissional de forma indireta e assistemática, tende a favorecer profissões que detenham maior prestígio, poder econômico, recursos organizativos e políticos, como é o caso da Fisioterapia no Brasil, pois possuem maior poder de acompanhar o desenvolvimento de seus pleitos e bloquear os pleitos rivais (GIRARDI et al., 2000). Apesar de as Portarias acima incluírem o tratamento osteopático nas PICs, apresentam um texto explicativo sobre o tratamento completamente *fisioterapeutizado* e não definem bem o profissional que vai prover esse tratamento.

O crescimento e reconhecimento da Osteopatia já é observado em diversos países. Segundo Gevitz (1988; 2014a), mesmo nos EUA, onde a medicina é uma das mais medicalizadas no mundo, pelo menos 60 milhões de americanos acreditam que em algum ponto de suas vidas se tratariam com osteopatas, quiropraxistas, homeopatas, acupunturistas, entre outros profissionais das MACs (Medicinas Alternativas e Complementares). Vale lembrar que a regulamentação da Osteopatia na Islândia (ISLÂNDIA, 2012), em Portugal (PORTUGAL, 2013) e na Turquia (TURQUIA, 2014) se deu através de demandas da sociedade e da inclusão da Osteopatia no grupo de profissionais das MACs.

As instâncias de regulação e regulamentação ocupacional no Brasil são:

- 1- O Congresso Nacional, criando leis de exercício profissional e autorização para o funcionamento dos Conselhos de Fiscalização de exercício profissional;*
- 2- o **Ministério do Trabalho**, através da Classificação Brasileira de Ocupações e da autorização de funcionamento dos sindicatos;*
- 3- o **Ministério da Educação** que regulamenta os aspectos relacionados a formação profissional e o sistema universitário;*
- 4- os **Conselhos de Fiscalização do exercício profissional**, reconhecidos e autorizados pelo Estado, para o caso das profissões plenamente regulamentadas. (GIRARDI, 2000, p. 5).*

Como abordado na Apresentação deste trabalho, o primeiro Projeto de Lei que visava ao reconhecimento da Osteopatia apresentado no Congresso Nacional foi o de número 4771/2012 (BRASIL, 2012). A partir dele, o RBrO começou sua saga, onde após diversas

horas desperdiçadas em salas de espera em Brasília e diversas reuniões frustradas, foi conquistada uma audiência pública na Comissão de Seguridade Social e Família (FERREIRA, 2013). No entanto, o projeto foi arquivado por conta do término do mandato do seu autor, Deputado Walter Feldman.

Apesar de muita resistência por parte da Fisioterapia, o Projeto de Lei nº 2778/2015, apresentado pela Deputada Luiza Erundina, “reconhece a Osteopatia como um ramo específico de cuidado à saúde, complementar, natural e alternativo, regulamenta a profissão de osteopata e determina outras providências” (BRASIL, 2015) teve o Parecer aprovado por unanimidade na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP). Em reunião da Diretoria do RBrO com o atual relator do projeto, Deputado Eduardo Barbosa, ficou acertada sua tramitação para a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e a próxima audiência pública. Normalmente, um Projeto de Lei também precisa passar por outra Comissão na própria Câmara dos Deputados e depois por mais uma no Senado Federal, até o passo final, que é a sanção do Presidente da República.

No Ministério do Trabalho, após algumas reuniões na FIPE-USP, das quais participaram membros de instituições representativas relacionadas à Osteopatia, como o RBrO e o IBO, conseguiu-se, após explanação do pleito, junto à Comissão de Regulação do Trabalho em Saúde, órgão do Ministério do Trabalho, a classificação da Osteopatia como uma ocupação<sup>37</sup> na CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) em 2013. Ou seja, essa classificação, apesar de não ter caráter regulamentador da profissão, mas sob a regência do Ministério do Trabalho, legaliza a atuação do osteopata no mercado de trabalho, seja no setor privado, seja no público.

### **6.2.2 Posicionamento atual da Fisioterapia brasileira em relação à Osteopatia**

Uma forma bem atualizada de entender o posicionamento da Fisioterapia perante a Osteopatia pode ser bem exemplificado por uma nota de esclarecimento<sup>38</sup> publicada no dia 15 de maio de 2017 no site do COFFITO. O conteúdo dessa postagem deixa claro que, para o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: A Osteopatia no Brasil é uma especialização da Fisioterapia e a entidade com poder universal de regulação sobre ela é do

---

<sup>37</sup> CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) nº 2261-10: Osteopata.

<sup>38</sup> Nota postada na rede social pela Associação Brasileira de Fisioterapeutas Osteopatas (ABFO), no *site* do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), frente à forma, independente, como a Osteopatia é abordada em matéria publicada no *Jornal Extra* sobre a inclusão da Osteopatia no SUS, de 26 de abril de 2017 (COFFITO, 2017)

COFFITO, através de suas Resoluções nº 220 (BRASIL, 2001) e nº 398 (BRASIL, 2011); As leis garantem a autonomia e competências de profissões já existentes e devidamente regulamentadas, situação em que a Osteopatia se encontra distante, justificando a inexistência do termo “osteopata”, sem referência ao fisioterapeuta osteopata registrado no COFFITO e na ABFO<sup>39</sup>; A CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) é um instrumento administrativo e que não confere status de profissão aos inscritos; A ABFO estabelece os critérios para formação em Osteopatia, em conformidade com as diretrizes da OMS; Veta os Fisioterapeutas ensinarem procedimentos fisioterapêuticos a outrem, que não exclusivamente fisioterapeutas, recomendando-os a seguir exclusivamente suas recomendações e de instituições associadas os parâmetros para o exercício da Osteopatia no Brasil.

Complementando esse posicionamento, faz-se importante expor algumas informações encontradas no site da ABFO (ABFO, 2017): Discorre sobre o currículo mínimo para a especialização em Osteopatia, fazendo alusão aos benchmarks da OMS; Considera a filosofia osteopática e o tratamento manipulativo osteopático distintos de outras escolas de saúde.

As justificativas para a criação e atuação da ABFO estão alinhadas com algumas das proposições que constituem os genuínos processos de profissionalização discutidos ao longo desse trabalho, como a criação de uma entidade agregadora de profissionais afins, a luta pela qualificação institucional e profissional e pelo controle ético, porém, ela reconhece sua parceria com o COFFITO, sua exclusiva representatividade para com os fisioterapeutas osteopatas e assume a responsabilidade pela emissão desses títulos de especialidade.

Considera-se importante a aplicação dos princípios da corrente bioética principialista em alguns pontos desta discussão. As teorias de James Childress e Tom Beauchamp (CHILDRESS; BEAUCHAMP, 2001), que desde 1979 promovem a consolidação da bioética nos EUA, podem ser consideradas como a primeira tentativa de instrumentalização, bem-sucedida, dos dilemas morais em relação às decisões das pessoas em relação à saúde ou à doença (DINIZ; GUILHEM, 2002). Apesar de isso não ser simples, esta reflexão vai possibilitar um olhar mais amplo e justo sobre as duas atuais vertentes de formação em Osteopatia no Brasil.

---

<sup>39</sup> ABFO, Associação Brasileira de Fisioterapeutas Osteopatas, recentemente mudou seu nome para AOB, Associação dos Osteopatas do Brasil, mantendo todas as diretrizes e o mesmo estatuto da instituição anterior (AOB, 2017).

Os quatro princípios propostos por Childress e Beauchamp (2001) foram: Autonomia, Beneficência, Justiça e Não Maleficência. Sintetizamos as definições de Rego (REGO et al., 2009) para esses quatro princípios propostos pelo principialismo: *Autonomia* é o direito da pessoa de ter suas opiniões e fazer suas escolhas, onde o respeito à autonomia significa apresentar a informação de forma clara e transparente; *Não Maleficência* é a obrigação de não infringir dano a alguém intencionalmente, onde dano pode ser percebido como a ação de contrariar ou interpor obstáculos aos interesses de alguém, seria o risco; *Beneficência* implica ações positivas, a obrigação de fazer o bem, como proteger e defender o direito dos outros, seria o benefício, Beneficência e Não Maleficência, que formam um *continuum* entre o fazer o bem e o *primum non nocere*, de Hipócrates; *Justiça* está relacionada à tomada de decisão, distribuição entre os riscos e os benefícios, gerando equidade.

Segundo os autores:

Para o Principialismo, o método mais adequado aproximar os quatro princípios e as regras derivadas das situações concretas é o balanceamento, que permite tomá-los como obrigações morais *prima facie*, entre a regra absoluta e a mera recomendação. (REGO et al., 2009, p. 44).

Apropriando-nos dos princípios bioéticos principialistas e da proposta de aproximação citada acima, podemos observar que há legitimidade, face à larga faixa de intersecção prática entre as duas profissões, no reconhecimento do profissional fisioterapeuta como apto a receber a formação em Osteopatia. No entanto, a exclusividade precritiva defendida pelos órgãos reguladores e associações fisioterapêuticas, criando a reserva de mercado, não seria justa com outros profissionais da área da saúde que reúnem as competências básicas para tal, a possibilidade de ingressar em formações em Osteopatia. As graduações universitárias se tornariam parte importante nessa formação dos osteopatas, criando um ambiente propício para o desenvolvimento da identidade de sua prática, via socialização profissional.

Tanto o aluno egresso do ensino médio, como os mais diversos profissionais da área da saúde interessados em Osteopatia também poderiam ter o acesso à complementação de competências para sua formação. Além disso, a especialização profissional que qualifica exclusivamente o profissional fisioterapeuta na prática da Osteopatia desrespeita a autonomia dos profissionais brasileiros que percebem a Osteopatia como uma prática genuína e que acreditam numa formação complementar independente; muito menos reconhece o direito dos profissionais brasileiros formados em graduações universitárias em Osteopatia no exterior, de trabalhar no Brasil.

### 6.3 A PRÁXIS OSTEOPÁTICA E O PARADIGMA BIOMÉDICO DA DOENÇA

A famosa citação de A. T. Still, “Encontrar a saúde deve ser o objeto do doutor. Qualquer um pode achar doença”<sup>40</sup>, que é encontrada em duas de suas publicações (1899, p. 14; 1902, p.72), pode definir bem a diferença entre a Osteopatia e as demais profissões da área da saúde que se situam sob o guarda-chuva do paradigma biomédico, enquanto essas se preocupam com a patologia ou o quadro da doença (Biomedicina), os osteopatas vão se ocupar com o processo de manutenção da saúde (Infomedicina). (FOSS; ROTHEMBERG, 1987).

#### 6.3.1 Osteopatia e a EBM, Medicina Baseada em Evidências

No início dos anos 90, um novo paradigma para a prática médica alopática surgia com a Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-Based Medicine* EBM, em inglês). O termo, introduzido por um grupo da *McMaster University*, liderado pelo Dr. Gordon Guyatt, valorizava apenas o resultado das pesquisas clínicas como base para a tomada de decisões, e não mais a intuição, a experiência clínica não sistemática e a lógica fisiopatológica promovidas pela vivência clínica (GUYATT et al., 1992). A medicina baseada em evidências demanda novas habilidades do médico, incluindo uma pesquisa eficiente da literatura e a aplicação de regras formais de evidência para a avaliação da literatura clínica, representando uma metodologia normativa que generaliza o treinamento e a prática médica. Tornou-se rapidamente a representação do paradigma biomédico da doença e o padrão pelo qual as decisões médicas serão julgadas (PARKER, 2014).

Críticos da medicina baseada em evidências apontaram algumas falhas perceptíveis na sua concepção, onde já se criam problemas se pensarmos filosoficamente no empirismo<sup>41</sup> como uma das bases científicas da construção do conhecimento e, como a própria EBM, carente das evidências que a embasem cientificamente, sucumbiria frente a seus próprios testes de valor (LUCICH, 2015). A hierarquia da evidência, em detrimento de outras informações importantes na tomada de decisão clínica, a limitação de sua aplicabilidade ao

---

<sup>40</sup> “*To find health should be the object of the doctor. Anyone can find disease.*”

<sup>41</sup> Empirismo: posição filosófica que toma a experiência como guia e critério de validade de suas afirmações, sobretudo nos campos da teoria do conhecimento e filosofia da ciência. Constituiu-se, junto com o racionalismo de Descartes, como uma das principais correntes formadoras do pensamento moderno (MARCONDES, 1997).

paciente individual e a diminuição da autonomia do relacionamento paciente-médico são outras características cabais da EBM, no seu posicionamento paradoxal à singularidade dos princípios da Osteopatia (PARKER, 2014) que, como foi visto anteriormente, constituem a práxis osteopática.

Tentando reverter esse paradoxo entre práxis osteopática e EBM, os cursos universitários de formação em osteopatia<sup>42</sup> contemporâneos, marco da profissionalização da profissão, vêm investindo na referência aos protocolos de diagnóstico e investigação médica e enfatizando a avaliação ortopédica, criando uma abordagem mais clara para o diagnóstico e segura para prática (McCHESNEY, 2012).

Embasando esse posicionamento de aproximação com a EBM, diversos autores assumem um posicionamento crítico frente à forma, quase poética, como a práxis osteopática é apresentada, os princípios osteopáticos, a disfunção somática, a abordagem terapêutica e o julgamento clínico osteopático são esmiuçados.

Nicholas Lucas e Robert Moran (2007) destacam algumas citações de A.T. Still em seu livro *Osteopatia, pesquisa e prática (Osteopathy, research and practice, 1910)*, no qual ele enfatiza a prática moderna da Osteopatia baseada na Ciência. Os autores afirmam que a aceitação dessas alegações levaria à conclusão de que estratégias de diagnóstico, tratamento e prognóstico inconsistentes ou não demonstráveis não teriam lugar na Osteopatia. Além disso, revisando as declarações e definições sobre filosofia, princípios e técnicas osteopáticas das mais diversas associações e conselhos profissionais de Osteopatia dos países anglo-saxões, percebem que falta a ressalva de que todas essas afirmações deveriam estar baseadas na ciência, como era a visão de A.T. Still.

Gary Fryer estudou disfunção somática desde sua pós-graduação, quando propôs uma atualização do conceito (1999). Seguiu discutindo as evidências das teorias sobre o assunto, estreitando o escopo da observação para disfunção intervertebral, onde conseguiu apresentar um modelo que descreve as alterações mecânico-neurológicas que levariam ao déficit na propriocepção regional, mudanças na atividade muscular segmentar e polissegmentar e no controle motor, predispondo a problemas futuros (2003). Atualizou esse modelo no seu artigo “Disfunção somática: um enigma osteopático” (“*Somatic Dysfunction: An osteopathic conundrum*”), questionando sua relevância para a profissão moderna. Para Fryer, embora o conceito da disfunção somática seja para muitos osteopatas, central na sua prática, a falta de

---

<sup>42</sup> A formação universitária em Osteopatia, tipo I da OMS, está presente em todos os países onde a profissão já é regulamentada e em alguns, em processo final de regulamentação, como a Bélgica, por exemplo.

especificidade e significado clínico para o diagnóstico, além de toda possibilidade de interferências dos mais diversos processos alterando a percepção palpatória, faz outros pensarem no anacronismo do conceito de disfunção somática, como uma ameaça de ridicularizar a profissão, principalmente frente aos olhos da EBM. Ao aproximar os termos grife da Quiropraxia, da Terapia manipulativa e da Osteopatia, respectivamente subluxação, bloqueio articular e disfunção somática (2003, p. 2-3), Fryer o faz especificamente relacionado às alterações interapofisárias vertebrais, onde encontra mais respaldo científico. Segue atenuando seu discurso, colocando que apesar de oferecer um modelo focado em sinais fisicamente palpáveis, estes considerados basicamente biomédicos, expõe seu desejo de que, no gerenciamento dos pacientes, os osteopatas deveriam ir além dos fatores biomédicos, considerando também as alterações teciduais, neurológicas e fatores biopsicossociais nas suas propostas terapêuticas (2016).

Nicholas Penney define que o modelo biopsicossocial<sup>43</sup> poderia permitir um aprofundamento no entendimento nos quatro princípios da Osteopatia constituintes da práxis osteopática. O osteopata reconhece que nenhum elemento do corpo está isolado do resto e que fatores emocionais e psicológicos têm papel significativo no bem-estar e na recuperação das enfermidades. A neurociência contribui para a complexa interação de alguns modelos que relacionam o corpo e a mente, como os de A.T. Still e de Engel, entre outros, endossando nosso entendimento de que a espiritualidade e os valores morais atuam como reguladores emocionais (PENNEY, 2013).

Thomsom discute, na Osteopatia, a complexidade da atenção centrada no paciente, aclamada pelo modelo biopsicossocial. Considera que a mudança do termo “paciente” para “pessoa” tenderia a reduzir a percepção do indivíduo que passivamente recebe o tratamento, para um ser humano que, pensa, deseja, sente e precisa, recebendo o cuidado. Caracteriza a prática osteopática centrada no paciente pela presença da perspectiva biopsicossocial, na percepção tanto do paciente como uma pessoa, mas também do osteopata como uma pessoa, além da percepção da divisão do poder e da responsabilidade entre terapeuta e paciente, numa aliança terapêutica (THOMSON et al., 2013).

---

<sup>43</sup> O modelo biopsicossocial foi definido por George Engel como um conceito amplo que visa estudar a causa ou o progresso de doenças, abordando fatores biológicos (genéticos, bioquímicos...), fatores psicológicos (estado de humor, de personalidade, de comportamento...) e fatores sociais (culturais, familiares, socioeconômicos, médicos...). O modelo biopsicossocial, ao contrário do modelo biomédico, o qual atribui a doença apenas a fatores biológicos como vírus, genes ou anormalidades somáticas, abrange disciplinas que abrangem a Medicina, a Psicologia e a Sociologia.

Esse pensamento é endossado por Robert Moran, que apesar de afirmar que a expressão original dos princípios osteopáticos pode parecer vaga e simplista para os padrões contemporâneos, oferece uma perspectiva de saúde que convida o osteopata e o paciente a identificarem e abordarem questões que vão além das restrições associadas ao diagnóstico e tratamento dos problemas nos tecidos do corpo (MORAN, 2016).

Alguns autores se posicionaram a favor da pesquisa qualitativa na prática clínica (FASSINGER, 2005; PETTY, 2012a, 2012b; THOMSON, 2014b; GRACE et al., 2016). Petty (2012a) demonstrou, entre 1995 e 2015, o aumento significativo da aceitação desse tipo de trabalho científico, na revista *Manual Therapy*, periódico de referência para todos os práticos da abordagem manual. Complementou esperando que o entendimento da relações entre epistemologia, metodologia, método e análise de resultados na construção do conhecimento encoraje mais terapeutas manuais a apreciar como a pesquisa qualitativa pode informar sua prática e explorar ainda mais uma seara tão subjetiva como a terapia manual (PETTY, 2012).

Christian Hartmann e Martin Pöttner (2011b) retomaram o conceito de Teoria do Campo Osteopático em outro artigo, e defenderam sua evolução, onde devemos enfatizar os processos subjetivos da percepção e da cognição baseados em mecanismos fisiológicos objetivos, sugerindo uma reformulação de paradigma de diagnóstico osteopático:

O diagnóstico osteopático ocorre exclusivamente pela palpação, com alterações hiper ou hipo fisiológicas num organismo que nunca é interpretado localmente, mas sempre contextualizando seus efeitos fisiológicos por todo organismo e seus mecanismos inerentes. É puramente subjetivo e interterapeuticamente não transferível. (HARTMANN; PÖTTNER, 2011b, p. 13).

Destacando a última frase da citação acima, “*É puramente subjetivo e interterapeuticamente não transferível*” e confrontando com duas das características básicas da medicina baseada em evidências, objetividade e reprodutibilidade, temos um choque. Mark Tonelli e Timothy Callahan (2001) compararam a epistemologia médica ortodoxa, convencional ou alopática e a da medicina complementar e alternativa. O sucesso da medicina clínica moderna depende da presunção que para a EBM, a prova e o conhecimento da verdade médica são derivados dos resultados estatísticos dos ensaios clínicos controlados, presumindo a produção de conhecimento independentemente a qualquer teoria de cura ou de doença. Pensando assim, não haveria nenhuma medicina alternativa, a não ser que se produzissem resultados de ensaios clínicos bem desenhados e bem controlados.

O fato de reconhecermos as limitações de conhecimento obtidas por observações simples e não sistemáticas de um paciente individualmente não invalida a possibilidade de produção de algum conhecimento; por essa via, a evidência empírica pode aparecer tanto da observação de um importante ensaio clínico, como na de um paciente individualmente. Os autores concluem que a EBM permanece como um guia incompleto para a prática clínica ideal nas disciplinas que afirmam que as diferenças não mensuráveis, mas perceptíveis entre indivíduos, são importantes para o diagnóstico e o tratamento das enfermidades (TONELLI; CALLAHAN, 2001).

Independentemente das distintas vertentes, os osteopatas vem publicando trabalhos científicos de alta qualidade em periódicos indexados, porém sempre encontrando algumas dificuldades com os moldes da EBM.

Francesco Cerritelli et al. (2015) publicaram os resultados de um ensaio clínico randomizado, avaliando o tratamento manipulativo osteopático (OMT) em pacientes com migração (IHS, 2013), a popular enxaqueca, utilizando três grupos. Os resultados mostraram diferenças significativas entre o grupo que recebeu o tratamento osteopático, que consistiu em oito consultas de tratamento, onde foram aplicadas técnicas de liberação miofascial, técnicas de reequilíbrio da tensão ligamentar e de membranas e terapia crâniosacral, ao longo de seis meses e aqueles do grupo que tomou drogas ou recebeu o tratamento *sham*<sup>44</sup>. Apesar de grande parte da comunidade médica ainda não indicar esse tipo de tratamento, o resultado sugere que o tratamento manipulativo osteopático pode ser um procedimento válido no tratamento desses pacientes. Em 2017, Amie Stell fez uma revisão sistemática e avaliação crítica do tratamento manipulativo osteopático, comparando sua efetividade e economia em saúde. Apesar de alguns achados positivos, se deparou com uma quantidade e uma qualidade de informação insuficientes, demandando um alinhamento internacional na qualidade das pesquisas em prol da construção de evidência pragmática suficiente para embasar o tratamento manipulativo osteopático (STEEL, 2017). Rafael Zegarra-Parodi e colaboradores estudaram a EBM na prática clínica, implementando-a no diagnóstico e tratamento osteopático em pacientes com dor lombar não específica. Apesar de entender a subjetividade da avaliação osteopática e a fragilidade da evidência científica do conceito da disfunção

---

<sup>44</sup> Também chamado de tratamento placebo, é um tratamento ou procedimento inativo que se destina a imitar, o mais próximo possível, uma terapia num ensaio clínico. Nesse trabalho ostentes de avaliação osteopática nesse grupo foram realizados sem a intenção de diagnosticar e o tratamento aham usado foi o contato manual leve com paciente em decúbito dorsal. Oito consultas de tratamento manipulativo osteopático foram oferecidas à todos os pacientes do grupo sham, após o fim do estudo.

somática, enfatizam a necessidade da publicação de pesquisas clínicas e experimentais para fundamentar cada vez mais o tratamento manipulativo osteopático com o que há de melhor em evidências científicas disponíveis (ZEGARRA-PARODI, 2012), abordagem que será discutida a seguir.

### 6.3.2 Osteopatia, Holismo e a medicina informada pela evidência

Um modelo transdisciplinar Prática Baseada em Evidência (*Evidence Based Practice*), em inglês EBP, foi proposto por Jason Satterfield (SATTERFIELD et al., 2009), considerando a Medicina, a Enfermagem, a Psicologia, o Serviço Social e a saúde pública. Esse novo modelo apresentava algumas implicações importantes: fornece um quadro útil para de orientação da pesquisa nos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva interdisciplinar e do mundo real, precisando tanto de uma maior validação empírica, como das abordagens sistêmicas para a tomada de decisão nos cuidados clínicos; pode guiar políticas baseadas em evidência focadas na saúde da população mas também ter influência em níveis mais individualizados; cria consequências tanto na academia como na prática clínica. A possibilidade de orientação de currículos nas graduações das áreas da clínica e saúde pública com abordagens preferenciais na tomada de decisão clínica baseada no população e levando em consideração os fatores contextuais, as preferências dos pacientes, a evidência e a experiência, tem a intenção de prover um cuidado efetivo, aceitável, realista e de alta qualidade, da forma mais ampla possível (SATTERFIELD et al., 2009).

De forma menos transdisciplinar, Fryer (2011) define o processo da prática informada pela evidência<sup>45</sup> como o processo que integra a evidência científica disponível e recomendações pessoais baseadas na experiência clínica, sendo o método que reflete de forma mais precisa o uso da evidência na prática osteopática. Define quatro características para implementação dos princípios da abordagem informada pela evidência na prática clínica osteopática, a saber:

- Espírito investigador: Osteopatas devem ser questionadores. Se ele acreditar que já sabe tudo e que os segredos clínicos só podem ser obtidos por experiências esotéricas, não terá a disposição para mudar, o que é bom para os clínicos e para a profissão.
- Busca pela evidência: Se manter informado é de suma importância para os desacostumados a pesquisar em bases de dados eletrônicas e a ler periódicos.

---

<sup>45</sup> “*Evidence-informed practice ou Evidence-informed approach*”

Osteopatas precisam desenvolver a cultura de buscar conhecimento, olhando cada paciente como um desafio para aprender mais.

- Integração da evidência com a experiência clínica: A avaliação crítica de uma pesquisa pode ser difícil para aqueles que não estão familiarizados com a abordagem, porém acessar a relevância da evidência existente e associar com as necessidades do paciente é imprescindível para a prática baseada em evidências. Dependendo das evidências relevantes disponíveis, o osteopata vai, somando-as as diretrizes clínicas, ter a possibilidade de adicionar técnicas que possam ajudar mais ainda ao paciente.
- Avaliação dos resultados: A avaliação do efeito de uma mudança é crucial para definirmos se a mudança é benéfica, principalmente se uma ferramenta padronizada de avaliação for utilizada para torna-la mais objetiva. (FRYER, 2011, p. 4)

A prática informada pela evidência, abordagem informada pela evidência, ou ainda a prática baseada em evidências, são formas diferentes de se aproveitar das evidências mais modernas disponíveis nas bases de dados eletrônicas, associando a experiência clínica do osteopata e/ou ao contexto onde o paciente está envolvido, definir a melhor, mais eficaz e mais segura, abordagem terapêutica.

Elis Fahlgren afirma que a filosofia osteopática é congruente com o modelo biopsicossocial, quando tratando uma enfermidade, utilizamos uma abordagem centrada no paciente e uma visão da pessoa como uma unidade corpo-mente-espírito, como já vimos anteriormente. No entanto, ele propõe a inclusão da personalidade nesse processo, entendendo-a como parte de um constructo biopsicossocio-espiritual, que influencia no processo do aparecimento das doenças, o qual chama de “*ill-being*” e no processo de manutenção da saúde, que chama de “*well-being*”. Afirma que os osteopatas devem, com a devida formação, serem capazes de treinar (*to coach*) esses pacientes na busca da autoconsciência (FAHLGREN et al., 2015).

O Holismo<sup>46</sup> pode ser visto como uma fundamentação filosófica para a prática dos cuidados em saúde, sendo evidentemente percebido em várias profissões diferentes. Engloba os mais diversos pontos de vista, onde o maior desafio intelectual é entender o corpo vivo como um todo, enquanto percebe a individualidade de cada sistema, sendo que os sistemas podem adquirir novas propriedades que eram esperadas ou previstas pelo estudo do comportamento das partes (OSCHMAN, 2016).

Paul Turner e Eleanor Holroyd desenvolveram uma pesquisa sobre a percepção dos participantes entre Holismo, Biomedicina, Educação, conceito e prática da Osteopatia. O Holismo foi considerado por vários profissionais da saúde como responsável pela inclusão dos seguintes componentes do todo: Físico (Mecânico, Biomecânico, Bioquímico ou

---

<sup>46</sup> Holismo: paradoxalmente, é um termo que se identifica com uma nova era crepuscular da medicina alternativa, voltada para os disparates místico-gelatinosos (OSCHMAN, 2016).

Biológico), Energético (Força vital, Vitalidade, bioenergia, Prana ou Chi), Psicológico (Emocional ou Mental), Espiritual (Alma) e Social (Cultural ou Ambiental). Dependendo do ponto de vista, esses componentes podem ser adicionados ou omitidos. Apesar de os princípios da osteopatia serem constituídos por fundamentos holísticos, ela como disciplina produziu limitadas pesquisas empíricas sobre o Holismo e sua implementação na prática clínica. Os resultados da pesquisa sugerem que uma abordagem holística na prática osteopática pode estimular a pesquisa e a aprendizagem, oferecendo novas perspectivas, contextualizações e consciências dos relacionamentos, melhorando o entendimento do osteopata e os efeitos do tratamento no paciente (TURNER; HOLROYD, 2016).

### **6.3.3 Os modelos osteopáticos e sua relação com disfunção somática**

Os modelos Bioenergético, Biopsicossocial, Neurológico, Respiratório/Circulatório e Biomecânico são as cinco diferentes abordagens, definidas nos *Benchmarks for training in Osteopathy*, da OMS (2010), através das quais o osteopata pode diagnosticar e tratar seus pacientes.

Sandra Grace (2016) aborda o raciocínio clínico como um processo que molda de forma importante o conhecimento, as habilidades e atribuições de todos os profissionais da área da saúde. Afirma que a utilização de modelos que relacionam a estrutura e a função auxiliam na diferenciação do raciocínio clínico em Osteopatia e nos oferece um quadro organizado relacionando de forma ampla os modelos de estrutura-função definidos pela OMS com sua aplicabilidade prática, que apresentaremos no quadro a seguir:

**Quadro 1 - Modelos Osteopáticos - aplicabilidade**

MODELOS OSTEOPÁTICOS	APLICABILIDADE
BIOMECÂNICO	Acessa as alterações do sistema músculo-esquelético, incluindo a integração da estrutura (postura) e da função. Na presença de bandeiras vermelhas, considera os sinais e sintomas das doenças e indica o gerenciamento e tratamento médico adequado.
RESPIRATÓRIO/CIRCULATÓRIO	Avalia o mecanismo respiratório, assegurando uma função respiratória ideal. Avaliação de todos os tecidos do corpo, assegurando o bom suprimento sanguíneo, a drenagem e a relação estrutural e funcional entre os dois sistemas.
NEUROLÓGICO	Apreciação das funções dos sistemas nervoso central, periférico e autônomo e a relação desses sistemas com todos os tecidos do corpo.
BIOPSISSOCIAL	Considera os fatores psicossociais influenciando a saúde, incluindo as perspectivas relacionais, ocupacionais e financeiras, além da avaliação da necessidade de cuidados multidisciplinares.
BIOENERGÉTICO	Avalia a utilização ideal de energia e considera os fatores que possam afetar o processo de cura (por ex. disfunções mecânicas menores ou disfunções imunológicas), além de considerar uma análise básica da ingestão alimentar, observando possíveis sinais de deficiência nutricional.

Fonte: modificado de Grace (2016, p. 4).

As relações entre a realidade prática e os modelos ajudam a organizar a avaliação, o diagnóstico e o tratamento das disfunções somáticas, definindo especificamente e auxiliando o osteopata a priorizar qual(is) abordagem(ns) será(ão) utilizada(s) e quando será(ão) aplicada(s), individualmente ou em conjunto, no desenrolar do tratamento osteopático. Porém, mais pesquisas serão necessárias para afirmarmos as diferenças do raciocínio clínico osteopático em relação às outras profissões da área da saúde, contribuindo com sua perspectiva única na tomada de decisão clínica multidisciplinar, melhorando a qualidade dos cuidados com o paciente (GRACE, 2016).

Percebemos que a especialização profissional proposta pela Fisioterapia tem o objetivo de manter o profissional fisioterapeuta sob a regulação de seus órgãos competentes, o que poderia ser positivo, porém ela falha nesse controle onde o profissional que se

especializa, o fisioterapeuta osteopata formado ou em formação se intitula osteopata, criando uma confusão na informação e interferindo na autonomia dos pacientes. Estes, na busca do cuidado osteopático, que nada mais é do que o entendimento e a aplicação desses modelos de estrutura-função ancorados no paradigma infomédico e holístico, se deparam com o cuidado fisioterapêutico especializado em Osteopatia, nem sempre completo, incrustado no paradigma biomédico.

Mantendo a formação nos moldes atuais, preconizados pela Fisioterapia, um egresso do ensino médio levaria no mínimo 10 anos para se tornar fisioterapeuta osteopata, onde a especialização sempre sendo oferecida no modelo privado. A graduação universitária em Osteopatia, além de ser o melhor caminho para a construção da identidade profissional, possibilitaria maior inclusão, já que o tempo de formação diminuiria no mínimo à metade e com a possibilidade do aumento da demanda para o profissional osteopata no mercado, estimular a abertura de graduações em Osteopatia, também no âmbito público.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de identificar a Osteopatia como uma profissão independente, e não como uma especialidade da Fisioterapia, o presente trabalho trilhou três caminhos com objetivos distintos: o primeiro, identificar a Osteopatia como profissão, desvelando os conceitos da sociologia das profissões, de especialização e das proposições de Eliot Freidson em torno desse objeto, traçando paralelos com os processos de construção profissional da Osteopatia pelo mundo e no Brasil; o segundo, contextualizar o cenário atual e os elementos de poder pelos quais a Fisioterapia se impõe contra o movimento de profissionalização da Osteopatia no Brasil; e terceiro, trazer à luz os fundamentos da práxis osteopática, comparando-os com os do paradigma biomédico e indicando os elementos motores da ruptura paradigmática.

### 7.1 OSTEOPATIA: PROFISSÃO OU ESPECIALIZAÇÃO?

Não existe uma unanimidade possível na aplicação de todas as premissas apresentadas ao longo de todo este trabalho, nem nas de Larson ou de Wilensky, muito menos nas do próprio Freidson, que em 1996 postulou que é variável o grau em que a total conformidade é empiricamente possível para uma ocupação. Na Europa, onde impera um ambiente político e cultural plural, alguns países vão conquistar primeiro uma ou outra premissa, e em outros lugares as conquistas serão diferentes, porém, notoriamente os diferentes processos estarão em conformidade com as considerações da OMS quanto à independência da profissão Osteopatia (2010).

A afirmação de Baer (2009, p. 30), “Osteopatia é um sistema médico heterodoxo totalmente legítimo e profissionalizado na Australásia”, nos deixa bem à vontade para expandir esse pensamento e responder a uma das indagações que motivaram o desenvolvimento deste trabalho. Seja como médico osteopático nos Estados Unidos, seja como osteopata na Austrália, França, Inglaterra, Portugal e Nova Zelândia, cujos processos acabamos de ver, além de Finlândia, Islândia, Lichtenstein, Malta, Suíça e Turquia, a Osteopatia é uma profissão reconhecida e regulamentada em todos esses países. Segundo o Fórum para Regulação da Osteopatia na Europa (FORE, 2017) estão em processo de regulamentação Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Espanha, Holanda, Irlanda, Israel, Itália, Luxemburgo, Malta, Noruega e Suécia. Em nenhum desses países a Osteopatia

foi, nem é concebida como especialização, mas sim como medicina complementar ou prática integrativa e complementar.

Podem fomentar alguma confusão dois fatores: a clara existência de uma interseção profunda da prática manual da Fisioterapia e da Osteopatia, como exemplificada nos *Benchmarks* da OMS (2010), assim como a existência dessas interseções, com a Quiropraxia; além da configuração dos modelos de formação em Osteopatia (as duas formas que já descrevemos na seção 2.4), onde a do tipo 2, *part-time*, se apresenta como ponte para a do tipo 1, *full-time*, nos países onde a profissão não é regulamentada, recebendo os portadores de diploma da área da saúde, principalmente, como vimos nos processos da França e Bélgica, os fisioterapeutas.

Essa associação poderia criar a falsa ideia de que os fisioterapeutas buscam especialização nessas formações de Osteopatia, porém o que eles provavelmente buscam são os três pressupostos propostos por Freidson (2009), que vêm se consolidando na Europa em relação à Osteopatia: o Estatuto Profissional, que deriva do conhecimento que se divide em saber prático e saber científico, formando comunidades em torno do mesmo saber, valores e ética de serviço; o Reconhecimento Social, que se faz obrigatoriamente necessário para a afirmação da profissão, ocorrendo através das competências específicas adquiridas através de longa formação científica; e as Instituições Profissionais, que se dividem na formação e na defesa dos direitos do grupo.

Olhando para o que apresentamos anteriormente, podemos afirmar que a Osteopatia é uma ocupação organizada, que apresenta competências especiais e cuja expectativa do mercado consumidor já é percebida como uma promessa de tratamento holístico (TURNER; HOLROYD, 2016), buscando tratar a causa dos sintomas (THOMSON, 2014a) e com o foco no paciente (THOMSON, 2013), justificando, para Freidson (2009), o que no Brasil seria a perspectiva de profissionalização. Nos países onde é regulamentada, independentemente da vertente, médico osteopático ou osteopata, encontramos a profissão ancorada nos pressupostos conceituais do estatuto profissional, do reconhecimento social e das instituições profissionais, as associações profissionais e instituições de ensino.

As associações profissionais foram imprescindíveis nos processos de profissionalização da Osteopatia ao redor do mundo, auxiliaram na promoção da Osteopatia junto à sociedade, na luta pela regulamentação junto ao Estado e no fortalecimento da profissão, auxiliando a geração de autonomia e autoridade profissional, papel que no Brasil

vem sendo cumprido pelo RBrO (Registro Brasileiro dos Osteopatas), mesmo sem o respaldo legal do Estado para tanto.

As instituições de ensino superior e as escolas são as responsáveis pela transmissão do conhecimento, sendo que nas universidades, onde o ensino em tempo integral se caracteriza como elemento crucial para a aprendizagem, o processo de socialização profissional se iniciará. Nessas instituições e nos estágios, a difusão das ideias, hábitos, experiências e padrões são compartilhados, codificam os valores da profissão (REGO, 1995). A partir dessas atitudes e condutas técnicas morais, a identidade profissional é construída, ratificando a necessidade de estabelecimento da formação em Osteopatia numa graduação em tempo integral, como elemento-chave no processo de sua profissionalização no Brasil.

Pensando no caminho já percorrido pela Osteopatia em busca de sua profissionalização no Brasil, dos cinco passos que Machado (1995) organizou em cima das ideias de Wilensky acerca desse processo, a Osteopatia já cumpriu dois completamente e três estão em andamento. De um lado, ela é uma ocupação em tempo integral, onde já encontramos uma demanda pelo “osteopata”, que vive exclusivamente do seu trabalho no mercado de consulta brasileiro. Várias escolas já transmitem seu conhecimento esotérico nos moldes da formação tipo II da OMS, apesar de nem todas corroborarem a profissão independente; do outro lado, a integralidade dos outros passos depende da regulamentação da profissão, via lei federal e do consequente poder regulatório que isso dará às associações profissionais. Apesar de não reconhecido pelo Estado, o Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBrO), a mais antiga associação profissional brasileira relacionada à Osteopatia, já definiu um código de ética profissional (Anexo 3), orienta a população através de uma lista atualizada de membros registrados e desde sua criação luta pela regulamentação da profissão, que segue em trâmite no Congresso Nacional (BRASIL, 2015).

## 7.2 PORQUÊ A OSTEOPATIA NO BRASIL É CONSIDERADA COMO UMA ESPECIALIDADE DA FISIOTERAPIA, SE A OMS À CONSIDERA UMA PROFISSÃO INDEPENDENTE?

Quando trouxemos para nosso trabalho os recentes movimentos da Fisioterapia contra alguns posicionamentos individuais de osteopatas que defendem a Osteopatia independente e no debate contra sua regulamentação, deixamos claro que a classe dos fisioterapeutas, através do COFFITO, defende a monopolização, o corporativismo e o fechamento de mercado.

A falta de informação em relação à práxis osteopática e a sua situação no mundo encoraja os fisioterapeutas a se “especializarem”, querendo um treinamento técnico específico e vertical, além de conquistar o prestígio e o *status* de um título, fortalecendo o posicionamento contrário à regulamentação da profissão Osteopatia.

É importante que fique claro o direito constituído pela CBO a esse profissional fisioterapeuta, que completa uma especialização profissional em Osteopatia de intitular-se fisioterapeuta osteopata<sup>47</sup> e atua no mercado de trabalho, sendo regulado, protegido e controlado pelo COFFITO. Porém, a regulamentação da Osteopatia poderia dar à sociedade o direito, mais bem informado, de escolha entre um especialista em Osteopatia e um osteopata, regulado, protegido e controlado pelo Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBrO) ou associação profissional que surgisse à *posteriori*, incorporando-a ou não, como vimos nos processos dos países já regulamentados.

Segundo Barbosa (1993, p. 08), “o processo de profissionalização é visto como luta ou usurpação da honra, do prestígio, etc. e as guildas medievais tornam-se um parâmetro, mesmo que de caráter negativo, para a caracterização dos grupos profissionais”. Isso talvez justifique a postura prescritiva da Fisioterapia, através das duas Resoluções do COFFITO (BRASIL, 2001; 2011). Como a profissionalização funciona como um processo de monopolização, organizado por grupos de algumas áreas de competências, delimitando suas fronteiras, Barbosa (1993, p. 08) completa: “A luta pelo monopólio, pela constituição de um mercado razoavelmente fechado e protegido, é a marca distintiva das profissões enquanto grupos sociais”.

A luta pelo *status* como relação de poder é determinada pelas condições do mercado e se traduz num projeto coletivo de mobilidade social (LARSON, 1977). Osteopata, que é a denominação do profissional formado na vertente não médica da Osteopatia, é a forma atual empregada por todos os formados em Osteopatia no Brasil. Devido à ausência de uma regulação específica da profissão, independentemente das formações, 1.700, 1.500, 600, 300 horas ou cursinhos de final de semana, todos acabam se autodenominando osteopatas, mesmo aqueles que egressos de uma especialização profissional em Osteopatia, que para o COFFITO e ABFO deveriam se autodenominar, fisioterapeutas osteopatas.

A possível motivação para essa conduta tem relação com o *status* do nome “osteopata”, que além de facilitar a mobilidade social, abre no mercado uma vantagem

---

<sup>47</sup> CBO – Classificação Brasileira das Ocupações: nº 2236-40.

econômica para os resultados do trabalho de consulta do osteopata em relação ao do fisioterapeuta. Para Bourdieu (1989), o Estado é o responsável por essa nomeação oficial, pela boa classificação e pela boa ordem, que se concretizará a partir da regulamentação e consequente regulação da Osteopatia e do título de osteopata.

Magali Larson afirma que as primeiras associações profissionais não se constituíram para lutar contra o mercado, mas sim para constituir e controlar esse mercado. Construindo uma estrutura corporativa que permite um fechamento frente à sociedade, razão de sua autonomia, pode manter certas ações de sua representação de mundo, especialmente ações antimercado (LARSON, 1977).

A Fisioterapia vem, por conta de todo o poder que tem, tentando constituir e controlar o mercado da Osteopatia. Os Conselhos, Federal e Regionais, exercem o poder promovendo ações antimercado, utilizam-se das notificações e multas, mas alguns dos argumentos que o COFFITO e a AOB, antiga ABFO, se utilizam para justificar seu posicionamento atual contra a independência da Osteopatia, podem ser contestados e questionados.

Por exemplo, se atualmente as formações completas em Osteopatia, oferecidas pelas diversas instituições de ensino já mencionadas na seção 6.3.1, são nos moldes da formação em tempo parcial, do Tipo II, preconizada pelas diretrizes da OMS, e essa Formação não se encaixa nos moldes da Especialização, não sendo exclusivamente oferecida à fisioterapeutas, por que estaria sob regulação obrigatória do COFFITO? Se Resolução é uma deliberação de um órgão específico com o objetivo de normatizar as ações de um grupo específico sob seu controle, porque teria o poder para a regulamentar a Osteopatia se não é Lei Federal? A Osteopatia ainda não é profissão regulamentada, mas o termo “osteopata” é o utilizado pela OMS tanto para profissionais de formação Tipo I, tempo integral, universitária, como para os de Tipo II, portadores de diploma universitário na área da saúde (não exclusivamente fisioterapeutas). Além disso, o osteopata está classificado na CBO sob o nº 2261-10 e portanto, tem adquiridos os direitos promulgados pela Portaria nº 397 do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2002), portanto, com sua prática legitimada pela Constituição, qual o motivo impediria o profissional com uma dessas duas formações de se intitular osteopata? Se todas as instituições que oferecem a formação em Osteopatia incluem em seu discurso seguir as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, por que omitiriam a posição da OMS em prol da distinção da Osteopatia, tanto da Fisioterapia, quanto da Quiropraxia? Se Osteopatia não é uma técnica, nem uma complementação de conhecimentos, tem todos os requisitos e características de uma profissão, porque não poderia

ser ensinada a qualquer egresso do ensino médio, numa graduação universitária ou para outro profissional da área da saúde que tenha competências básicas para tal? Finalizando, se a instituição representativa do COFFITO, a AOB, considera a Osteopatia uma filosofia e abordagem distinta das outras escolas de saúde e afirma que esse entendimento é imprescindível para a prática profissional, porque mesmo considerando todas essas diferenças, tenta aprisionar a Osteopatia sob a batuta da Fisioterapia?

Os fisioterapeutas osteopatas são classificados na CBO sob o nº 2236-40, com os direitos e deveres adquiridos por tal classificação, onde o COFFITO, os CREFITOs e a atual AOB, têm o controle e ingerência sobre eles. Resoluções não são Leis Federais, a posição do COFFITO em relação à Osteopatia é unilateral, ele reconhece a Osteopatia como especialidade, mas histórica e politicamente, a Osteopatia jamais se reconheceu como tal, apesar de todas as interseções de suas práticas.

### 7.3 SERIA A PRÁXIS OSTEOPÁTICA ELEMENTO CONSISTENTE PARA ROMPER COM O PARADIGMA BIOMÉDICO DA DOENÇA?

Voltando à famosa citação de A. T. Still (1899; 1902), com a qual abrimos a seção 6.3: “Encontrar a saúde deve ser o objeto do doutor. Qualquer um pode achar doença”, nos colocamos face a alguns dos paradoxos que foram confrontados ao longo de todo o texto: doença/saúde, biomedicina/infomedicina, reducionismo/holismo, quantitativo/qualitativo, ensaio clínico/experiência clínica, dentre outros.

Sabendo que essas dicotomias existem na nossa cultura médica e que, apesar de antagônicos, são essencialmente complementares, a inteligência reside na nossa capacidade de integrar, para o bem dos pacientes, ambos os cenários. Procurar argumentos que sejam melhores que os outros não nos parece produtivo, mas isso não nos impede de marcarmos as diferenças. A práxis osteopática, que originalmente organizamos como a junção da filosofia osteopática, a disfunção somática e os modelos de abordagem osteopática, antagoniza com o paradigma biomédico da doença, segundo Kuhn, a ciência normal.

Os diferentes modelos de diagnóstico e tratamento osteopático seriam as novas ideias, em constante processo de modificação, que estimulam uma constante adaptação aos problemas e evidências que surgem.

Na visão de Lakatos, os princípios osteopáticos, holísticos, presentes no cerne da filosofia osteopática, poderiam ser considerados como um programa de pesquisa que concorre

e conflita com o programa vigente, biomédico e reducionista, além de promover o desenvolvimento do conhecimento e da aceitação da abordagem como prática integrativa e complementar no SUS (BRASIL, 2017).

Mudanças de paradigmas foram levantadas por diversos autores neste trabalho, Nicola Petty e Oliver Thomsom (PETTY et al., 2012a, 2012b) introduziram a filosofia e a metodologia da pesquisa qualitativa como uma mudança de paradigma, rompendo com o atual, o quantitativo. David Irby (1990), fundamentado em Foss e Rothenberg (1987), concluiu que há dois paradigmas vigentes para se escolher, o biomédico e o infomédico. Metaforicamente, falou de duas árvores de raízes e troncos separados cujos galhos crescem se entrelaçando. Nefyn Williams (1997) parece ousado, marca a doença como categoria de análise do paradigma biomédico alopático, demonstrando que em dor lombar não específica, a visão reducionista da doença estrutural falha ao tentar explicar a maioria dos casos dessa sintomatologia.

Richard Savage (SAVAGE et al., 1997) coordenou uma pesquisa utilizando a ressonância magnética que encontrou sinais imagiológicos alterados como, degeneração do disco, hérnia e protrusão discal, hipertrofia facetária e compressão de raiz nervosa, em mais de um terço dos pacientes assintomáticos avaliados, o que dependendo de como essa informação diagnóstica é gerenciada, tanto pelo médico, como pelo laboratório, pode causar um efeito nocebo nesses pacientes, como explicitado por Marcus Teixeira, em seu estudo sobre evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente (TEIXEIRA, 2009).

Interessante marcar que dois terços dos pacientes avaliados já haviam sofrido de dor lombar, porém apenas metade do grupo apresentava alterações na imagem radiológica, ou seja, quase 15% dos pacientes que apresentavam dor, não apresentavam problemas na estrutura anatômica. Kuhn (2005) sugeriu que quanto mais a consciência das inadequações do paradigma vigente cresce, mais se fortalece o surgimento de um novo paradigma. A disfunção somática, para ser classificada, depende de muitos fatores; esse processo complexo necessita da subjetiva qualidade do avaliador, mas pode ser definida como a categoria de análise do paradigma da saúde. Ela pode não explicar todos os resultados do trabalho de Savage et al. (1997), mas pode dar conta do percentual de pacientes sintomáticos e com imagem normal avaliados, aparecendo aqui como um novo paradigma para dor lombar não específica (WILLIAMS, 1997).

Considerando os elementos constituintes da práxis osteopática, uma abordagem imbuída de finalismo que traz consigo a aplicação constante dos princípios filosóficos osteopáticos, corpo-mente-espírito, a busca pela disfunção somática como elemento de desequilíbrio da homeostase e a aplicação de um ou mais dos diferentes modelos de estrutura-função, que guiam o diagnóstico e a terapêutica holística e focada na pessoa da Osteopatia, apresentamos características explícitas de rompimento com o paradigma biomédico, alopático e reducionista.

Construir conhecimentos tão abrangentes, como todas as competências necessárias para a formação do osteopata, nos faz questionar a possibilidade de conseguirmos fazê-lo de forma eficaz numa especialização, onde além do conhecimento ser oferecido de forma vertical, não há a socialização profissional necessária para a construção da sua identidade, que diferenciará esse profissional num mercado repleto de intercessões terapêuticas com outras profissões de consulta, na área da saúde. Considera-se imprescindível a oferta desses conhecimentos no âmbito universitário, para a construção dessa identidade profissional, num tempo menor e com mais eficiência que o modelo atual. Levando em consideração todos os fatores relacionados à práxis osteopática abordados acima, que se diferenciam em todos os níveis e de forma consistente do paradigma biomédico da doença, podemos acreditar numa ruptura com esse paradigma, mas sem sua extinção.

A proposta de Irby (1990), segundo a qual cada um dos paradigmas seria representado por uma árvore, é interessante. As raízes profundas seriam representadas pela busca pela saúde, pela homeostase e o equilíbrio do funcionamento do corpo, das mais diversas formas no contexto das medicinas alternativas, complementares e integrativas. Seu tronco seria formado pelas ciências comuns, pelo cuidado focado no paciente e pela abordagem focada na pessoa. Os galhos seriam formados pelas competências específicas, especializadas, das mais diversas áreas da saúde que se nutrissem nessas raízes e se fortalecessem nesse tronco; esses galhos seriam entrelaçados entre si, e enquanto o paradigma vigente permanecesse vivo e forte, também seriam entrelaçados com os galhos de sua árvore, formando zonas de intersecção que estarão sempre presentes, enquanto pensarmos na integralidade do cuidado na área da saúde.

Consideramos fundamental a conclusão do processo de profissionalização da Osteopatia no Brasil, pois somente com a conquista da regulamentação da profissão, do controle e fechamento do mercado, da regulação da atividade profissional e da proteção do paciente, além do desenvolvimento do conhecimento científico, da graduação universitária, da

ética e da identidade profissional, os osteopatas conseguirão oferecer à sociedade um serviço devidamente informado e justo, em que o paciente conquista sua autonomia na escolha de sua terapêutica.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. J. Contributos da sociologia para a compreensão dos processos de profissionalização. **Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal**, v. 1, n. 2, p. 116-127, 2010.

ALMEIDA, J. R. S. O debate político e o conflito inter-profissional em redor da regulamentação das medicinas alternativas e complementares em Portugal. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, MUNDOS SOCIAIS: SABERES E PRÁTICAS, 6., 2008, Lisboa. **Anais eletrônicos...** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/336.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF OSTEOPATHIC MEDICINE. **Glossary of osteopathic terminology**. Chevy Chase, MD: AACOM, 2011.

AMERICAN OSTEOPATHIC ASSOCIATION. **Tenets of osteopathic medicine**. [S.l.: s.n.], c2016. Disponível em: <<http://www.osteopathic.org/inside-aoa/about/leadership/Pages/tenets-of-osteopathic-medicine.aspx>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

ARISTÓTELES. **Ética a nicômaco**. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os Pensadores).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS FISIOTERAPEUTAS MANIPULATIVOS (ABRAFIM). **Apresentação**. 2017. Disponível em: <<http://www.abrafim.com.br/conteudo.aspx?id=6>>. Acessado em 12 set.17.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPEUTAS OSTEOPATAS (ABFO). Disponível em: <[https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid=840582812766365&id=811299672361346](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=840582812766365&id=811299672361346)>. Acesso em: 05 jul. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPEUTAS OSTEOPATAS (ABFO). Disponível em: <[osteopatiabrasil.org.br](http://osteopatiabrasil.org.br)>. Acesso em: 05 jul. 2017.

ASSOCIAÇÃO DOS OSTEOPATAS DO BRASIL (AOB). Disponível em: <<http://osteopatiabrasil.org.br/estatuto/>>. Acesso em 12 jul. 2017

BAER, H. A. Osteopathy in Australasia: from marginality to a fully professionalised system of health care. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 12, n. 1, p. 25-31, 2009.

BARBOSA, M. L. O. A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, n. 36, p. 3-30, 1993.

\_\_\_\_\_. Resenha de "Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política" de Eliot Freidson. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, p.186-190, 1999. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10703913>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008.

BARROS, J. D. Contribuição para o estudo dos “campos disciplinares”. **Revista ALPHA**, v. 11, p. 205-216, 2010.

BISPO JR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BOGDUK, N. **Clinical anatomy of the lumbar spine and sacrum**. 3. ed. New York: Elsevier, 1997.

BONELLI, M. G. Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson. In: FREIDSON, E. L. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Ed. USP, 1998.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2001.

BOUDON, R. **Dicionário de sociologia**. Lisboa: Dom Quixote, 1990. Disponível em: <<https://www.scribd.com/book/7771696>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Ed. Difel, 1989.

BRAGA, D.; SILVA, C.; HENRIQUES, A. O processo de profissionalização dos osteopatas em Portugal: as forças e as debilidades de uma profissão em construção. In: Encontro Nacional de SIOT, 15., Lisboa. **Anais...** Lisboa: APSIOT, 2013. Disponível em: <<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:dspace.uevora.pt:10174/9070>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.771/2012. Reconhece a osteopatia como um ramo específico de cuidado à saúde, complementar, natural e alternativo, regulamenta a profissão de osteopata, e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=561455>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2778/2015. Reconhece a osteopatia como um ramo específico de cuidado à saúde, complementar, natural e alternativo, regulamenta a profissão de osteopata, e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1699212>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Resolução nº 220, de 23 de maio de 2001. Dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 jun. 2001. Seção 1, p. 46.

BRASIL. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Resolução nº 398, de 03 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional de Osteopatia e dá outras

providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 nov. 2011. Seção 1, p. 137.

BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 out. 1969. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm)>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Decreto nº 29.741, de 11 de julho de 1951. Institui uma Comissão para promover a Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 13 jul. 1951. Seção 1, p. 10425.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CFE/CES nº 977, aprovado em 3 dez. 1965. **Revista Brasileira de Educação**, n. 30, p. 162-173, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27503014>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 01 de 03 de abril de 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da educação superior**: dados de 2009 e 2012. Brasília: Ministério da Educação, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 28 de março de 2017a. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017b. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jan. 2017. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO. 2261-10: Osteopata. Brasília: Ministério do Trabalho, [2013]. Disponível em: <[www.mtecbo.gov.br](http://www.mtecbo.gov.br)>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 2002. Seção 1, p. 74. Disponível em: <[www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/legislacao.jsf](http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/legislacao.jsf)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CARDOSO, D. **A sociologia das profissões de Eliot Freidson**: uma aplicação à análise do serviço social como profissão no Brasil contemporâneo. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CERRITELLI, F. et al. Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-armed randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 23, n. 2, p. 149-156, 2015.

CHAITOW, L.; COMEAUX, Z.; LIEBENSON, C. Irvin Korr Ph.D. (1909/2004). **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 8, p.155-157, 2004.

CHILDRESS, J. F.; BEAUCHAMPS, T. L. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 2001.

CLAR, C. et al. Clinical effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal and non-musculoskeletal conditions: systematic review and update of UK evidence report. **Chiropractic & Manual Therapies**, v. 2, n. 1, p. 12, 2014.

COLÉGIO BRASILEIRO DE OSTEOPATIA (CBO). Disponível em: <<http://cbosteopatia.com.br/sobre-curso>> . Acesso em 05 set. 2017.

CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <<http://www.cid10.com.br/buscacode?query=M990>>. Acesso em: 21 maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Nota de esclarecimento da ABFO sobre matéria do Jornal Extra. 15 mai 2017. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6803>>. Acesso em 21 maio 2017.

CORREIA, M. L. A. **Raízes da osteopatia**: uma medicina de diagnóstico e terapêutica manual. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2016.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da osteopatia na era da bacteriologia**. 2005. 107 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e Saúde)- Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

CRUM, J. F. The saga of osteopathy in California. **The Western Journal of Medicine**, v. 122, n. 1, p. 87-90, 1975.

DICIONÁRIO ELETRÔNICO. Disponível em: <<http://www.infopedia.pt/dicionários/língua-portuguesa/osteopatia>>. Acesso em: 21 maio 2017.

DINIZ, M. **Os donos do saber**: profissões e monopólios profissionais. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2001.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DUBAR, C. **La socialisation**: Construction des identités sociales et professionnelles. 5 ed. Paris: Armand Colin, 2015. Disponível em: <<http://www.cairn.info/socialisation--9782200601874-page-15.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

ESCOLA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA MANIPULATIVA (EBRAFIM). Curso de Osteopatia e Fisioterapia Manipulativa. Disponível em: <<http://fisioterapiamanipulativa.com/o-que-e-osteopatia.php>>. Acesso em 05 set. 2017.

ESCOLA BRASILEIRA DE OSTEOPATIA (EBOM). Disponível em: <<http://www.osteopatia.com.br>>. Acesso em 05 set. 2017.

ESCOLA DE OSTEOPATIA DE MADRID (EOM). Disponível em: <<http://www.osteopatiamadrid.com.br>>. Acesso em 05 set. 2017.

FAHLGREN, E. et al. Person-centered osteopathic practice: patients' personality (body, mind, and soul) and health (ill-being, well-being). **Peer J**, p. e1349, 2015. Disponível em: <<https://peerj.com/articles/1349/>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

FASSINGER, R. E. Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. **Journal of Counseling Psychology**, v. 52, n. 2, p. 156, 2005.

FERREIRA, A. P. A. **Desenvolvimento de método palpatório da coluna cervical e sua validação baseada em imagem radiológica**. 2015. Dissertação (Mestrado, Ciências da Reabilitação)- UNISUAM, Rio de Janeiro, 2015.

FERREIRA, A. P. A. Discurso na Comissão de Seguridade Social e Família do Congresso Nacional. jun. 2013. Disponível em: <[http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/texto\\_H\\_T\\_M\\_L\\_a\\_s\\_p\\_?etapa=11&nuSessao=0704/13&nuQuarto=0&nuOrador=0&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=09:30&sgFaseSessao=&Data=6/6/2013&txApelido=SEGURIDADE%20SOCIAL%20E%20FAMÍLIA&txFaseSessao=Audiência%20Pública%20Ordinária&txTipoSessao=&dtHoraQuarto=09:30&txEtapa=](http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/texto_H_T_M_L_a_s_p_?etapa=11&nuSessao=0704/13&nuQuarto=0&nuOrador=0&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=09:30&sgFaseSessao=&Data=6/6/2013&txApelido=SEGURIDADE%20SOCIAL%20E%20FAMÍLIA&txFaseSessao=Audiência%20Pública%20Ordinária&txTipoSessao=&dtHoraQuarto=09:30&txEtapa=)>. Acesso em: 08 fev. 2016.

FONSECA, M.; FONSECA, D. M. A gestão acadêmica da pós-graduação lato sensu: o papel do coordenador para a qualidade dos cursos. **Educação e Pesquisa**, v. 42, n. 1, p. 151-164, 2016.

FORUM FOR OSTEOPATHIC REGULATION IN EUROPE (FORE). Londres: FORE, [2015?]. Disponível em: <[www.forewards.eu](http://www.forewards.eu)>. Acesso em: 07 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. **Regulation**. Londres: FORE, [2015?]. Disponível em: <[www.forewards.eu/regulation/](http://www.forewards.eu/regulation/)>. Acesso em: 03 jun. 2017.

FOSS, L.; ROTHENBERG, K. **The second medical revolutions**: from biomedicine to infomedicine. Boston: Shambhala Publications, 1987.

FRANCELIN, M. M. Ciência, senso comum e revoluções científicas: ressonâncias e paradoxos. **Revista Ciência da Informação**, v. 33, n. 3, p. 26-34, 2004.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo da sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

\_\_\_\_\_. Theory of professionalism: method and substance. **International Review of Sociology**, v. 9, n. 1, 1999.

\_\_\_\_\_. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Ed. USP, 1998.

\_\_\_\_\_. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 11, p. 141-154, 1996. Disponível em: <[http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_31/rbcs31\\_08.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.htm)>. Acesso em: 21 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Professional powers**: a study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: University of Chicago Press, 1986.

\_\_\_\_\_. The reorganization of the professions by regulation. **Law and Human Behavior**, v. 7, n. 2-3, 1983.

FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K. O. Pós graduação lato sensu: retrospectiva histórica e política atual. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 9., ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA - ESBPp, 3., 2009, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: PUCPR, 2009. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2036\\_1004.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2036_1004.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FRYER, G. Somatic dysfunction: an osteopathic conundrum. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 22, p. 52-63, dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.02.002>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Muscle energy technique: an evidence-informed approach. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 14, p. 3-9, 2011.

FRYER, G. Intervertebral dysfunction: a discussion of the manipulable spinal lesion. **Journal of Osteopathic Medicine**, v. 6, n. 2, p. 64-73, 2003.

GENERAL OSTEOPATHIC COUNCIL. **Code of practice**. Maio 2015. Disponível em: <<http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/publications/code-of-practice/>>. Acesso em 10 set. 2017.

GEVITZ, N. A degree of difference: the origins of osteopathy and first use of the “DO” designation. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 114, n. 1, p. 30-40, 2014a.

\_\_\_\_\_. The “Diplomate in Osteopathy”: from “School of Bones” to “School of Medicine”. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 114, n. 2, p. 114-124, 2014b.

\_\_\_\_\_. The “Doctor of Osteopathy”: expanding the scope of practice. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 114, n. 3, p. 200-212, 2014c.

\_\_\_\_\_. Center or periphery? The future of osteopathic principles and practices. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 106, n. 3, p. 121-129, 2006.

\_\_\_\_\_. **Somatic dysfunction**: updating the concept. Tese (Doutorado)- Australian Osteopathic Association, 1999.

\_\_\_\_\_. **Other healers**: unorthodox medicine in America. Baltimore, MA: John Hopkins University Press, 1988

GRACE, S. et al. Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach. **Chiropractic & Manual Therapies**, v. 24, n. 6, 2016.

GREENMAN, P. E. **Principles of manual medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

GIRARDI, S. N. et al. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Espaço para Saúde**, v. 2, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

GOODMAN, H. A Osteopatia. **Tratado de Medicina Complementar e Alternativa**. São Paulo: Manole, 2001.

GUYATT, G. H. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. **Journal of the American Medical Association**, v. 268, n. 17, p. 2420-2425, 1992.

HARTMANN, C.; PÖTTNER, M. Classical osteopathy: Field theory as a paradigma and a fundamental principle. **Osteopathic Medicine**, v. 12, n. 2, p. 14-18, 2011. Disponível em: <[http://www.joldat.de/dokumente/pdf/a\\_cof\\_en.pdf](http://www.joldat.de/dokumente/pdf/a_cof_en.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Reassessment of classical osteopathy field theory by reference to the example of perceptivo and cognition. **Osteopathic Medicine**, v. 12, n. 3, p. 08-12, 2011.

HENRIQUES, A. **Os osteopatas em Portugal**: processo de profissionalização e formação identitária. 2011. 303 f. Dissertação (Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde)- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Universidade de Évora, Lisboa, 2011.

HOUAISS, A. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOWELL, J. N.; WILLARD, F. Nociception: understanding and their possible retaliou to somática dysfunction and its treatment. **Ohio Research and Clinical Review**, v. 15, spring, 2005.

HUIJBREGTS, P. A. Orthopaedic manual physical therapy-history, development and future opportunities. **Journal of Physical Therapy**, v. 1, n. 1, p. 11-24, 2010.

IJOM. **International Journal of Osteopathic Medicine**, Disponível em: <<http://www.journalofosteopathicmedicine.com/content/aims>>. Acesso em: 17 set. 2017.

INSTITUT ET ECOLE DE KINESIOLOGIE (IEK). **kinésiologie et kinésithérapie/physiothérapie : quelle différence?**, Disponível em: <<https://www.institut-kinesiologie.ch/ufaqs/kinesiologie-et-kinesitherapie-quelle-difference/>> . Acesso em 17 set. 2017.

INSTITUTO DOCUSSE DE OSTEOPATIA E TERAPIA MANUAL (IDOT). Disponível em: <<http://www.idot.com.br/curso.html>>. Acesso em 05 set. 17.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OSTEOPATIA (IBO). Disponível em: <<http://www.ibo-osteopatia.com.br/>>. Acesso em 05 set. 2017.

INTERNATIONAL FEDERATION OF ORTHOPAEDIC MANIPULATIVE PHYSICAL THERAPISTS (IFOMPT). **Definition of Ortophaedic Manipulative Physicsl Therapist**. Cape Town. 2014. Disponível em: <<http://www.ifompt.org/About+IFOMPT/OMPT+Definition.html>>. Acessado em 12/09/2017

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). **The International classification of headache disorders**. 3rd ed. [S.l:s.n], 2013. p. 644-658.

IRBY, D. M. Shifting paradigms of research in medical education. **Acad Med**, v. 65, n. 10, p. 622-623, 1990.

ISLÂNDIA. Ministry of Welfare. Regulation on education, rights and obligations of osteopaths and criteria for granting licenses n° 1131/2012. Disponível em: <<https://eng.velferdarraduneyti.is/legislation/regulations/health-professionals/nr/34382>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

JAOA. **Journal American Osteopathic Association**, Disponível em: <<http://jaoa.org/topics.aspx>>. Acesso em: 17 set. 2017.

KING, H. H. (Ed.). **The collected papers of Irvin M. Korr**. Indiana: American Academy of Osteopathy, 1979.

KING, H. H. (Ed.). **The collected papers of Irvin M. Korr**. Indiana: American Academy of Osteopathy, 1997. v. 2.

KORR, I. **Bases physiologiques de l'osteopathie**. Paris: Frison-Roche, 1993. p. 139-145.

\_\_\_\_\_. Proprioceptors and somatic dysfunction. **Journal American Osteopathic Association**, v. 74, p. 638, 1975.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

KUMAR, S. P. Physical therapy: past, present and future: a paradigm shift. **Journal of Physical Therapy**, v. 1, n. 2, p. 58-67, 2010.

KYRBI, J. Meeting the challenge of ethical leadership, Dr. AT Still, founder of osteopathic medicine. [S.l:s.n], 2015. Disponível em: <<https://www.pointpark.edu/media/Academics/Business/mba/ethicalleadershipanddr.andrewtaylorstillbyjameskirbydo.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

LADEIRA, C. **Osteopatia visceral e craniossacral**: qual a fronteira ética entre especialização profissional e prática baseada em ficção e mito? Disponível em: <[www.quackwatch.haaan.com](http://www.quackwatch.haaan.com)>. Acesso em: 07 dez. 2016.

LAKATOS, I. **Criticism and the growth of knowledge**. New York: Cambridge University Press, 1970.

LARSON, M. S. **The rise of professionalism**. Berkeley, CA: University of California Press, 1977.

LEDERMAN, E. **Fundamentals of manual therapy**. London: Churchill Livingstone, 1997.

LEPERS, Y. **Histoire critique de l'ostéopathie**. Tese (Doutorado)- Université Libre de Bruxelles, 2009

LESHO, E. P. An overview of osteopathic medicine. **Archives of Family Medicine**, v. 8, p. 477-484, 1999.

LICCIARDONE, J. et al. Outcomes of osteopathic manual treatment for chronic low back pain according to baseline pain severity: Results from the OSTEOPATHIC Trial. **Manual Therapy**, xxx, p. 1-8, 2013.

\_\_\_\_\_. Osteopathic manipulative treatment of somatic dysfunction among patients in the family practice clinic setting: a retrospective analysis. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 105, n. 12, p. 537-544, 2005.

\_\_\_\_\_. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 102, n. 1, p. 13-26, 2002.

LIEM, T. A. T. Still's osteopathic lesion theory and evidence-based models supporting the emerged concept of somatic dysfunction. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 116, n. 10, p. 654-661, 2016.

LITTLEJOHN, J. M. Osteopathy explained. In: \_\_\_\_\_. **The science of osteopathy**: its value in preventing and curing disease. Boston: Geo. E. Crosby & Co., 1906.

LUCAS, P. N.; MORAN, R. W. Is there a place for science in the definition of osteopathy?, **International Journal of Osteopathic Medicine**, v.10, p. 85-87, 2007.

LUCICH, J. A. Utility of evidence-based medicine in the medical profession. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 115, n. 11, p. 644-645, 2015.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: \_\_\_\_\_. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 13-33.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MARQUES, A. P.; SANCHES, E. L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 1, n. 1, p. 5-10, 1994.

MCCHESENEY, B. D. Principal driven osteopathy. **International Journal of Osteopathic Medicine**, n. 16, p. 62-63, 2013.

MORAIS, R. **Sociologia das profissões em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/298800818/Sociologia-das-profissoes-em-saude>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MORAN, R. Somatic dysfunction: conceptually fascinating, but does it help us dares health needs? **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 22, p. 1-2, 2016.

MILLER, K. The evolution of professional identity: The case of osteopathic medicine. **Social Science & Medicine**, v. 47, n. 11, p.1739-1748, 1998.

OSCHMAN, J. L. **Energy medicine: the scientific basis**. New York: Elsevier, 2016.

OGUAMANAM, C. From rivalry to rapprochement: biomedicine, complementary alternative medicine (CAM) at ethical crossroads. **HEC Forum**, v. 18, n. 3, p. 245-264, 2006

OSTEOPATHIC INTERNATIONAL ALLIANCE (OIA). **Osteopathy and osteopathic medicine: a global view of practice, patients, education and the contribution to healthcare delivery**. [S.l:s.n], 2013. Disponível em: <<http://oialliance.org/resources/oia-status-report/>>. Acesso em: 27 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Member Organisations: Associate member organizations. [S.l:s.n], 2017. Disponível em: <<http://oialliance.org/member-organisations/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Osteopathic medicine and osteopathy: defining the profession. [S.l:s.n], 2014. Disponível em: <[oialliance.org/about-us/osteopathic-medicine-and-osteopathy/](http://oialliance.org/about-us/osteopathic-medicine-and-osteopathy/)>. Acesso em: 27 maio 2017.

OSTEOPATHY BOARD OF AUSTRALIA. **Code of conduct**. Março 2014. Disponível em: <[http://www.osteopathy.org.au/data/For\\_Osteopaths\\_Docs/Osteopathy-Board---Code-of-conduct.PDF](http://www.osteopathy.org.au/data/For_Osteopaths_Docs/Osteopathy-Board---Code-of-conduct.PDF)>. Acesso em: 10 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Benchmarks for training in tradicional/complementary and alternative medicine**: Benchmarks for training in Osteopathy. Geneva: WHO, 2010.

ORENSTEIN, R. History of osteopathic medicine: still relevant?. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 117, n. 3, p. 148, 2017.

PARKER, J. D. Reversing the paradox: evidence-based medicine and osteopathic medicine. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 114, n. 11, p. 826-827, 2014.

PENNEY, J. N. The biopsychosocial model: Redefining osteopathic philosophy?. **International Journal of Osteopathic Medicine**, n. 16, p. 33-37, 2013.

PETTY, N. J. et al. Ready for a paradigm shift? Part 1: introducing the philosophy of qualitative research, **Manual Therapy**, v. 17, n. 4, p. 267-274, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ready for a paradigma shift? Part 2: introducing qualitativa research methodologies and methods. **Manual Therapy**, v. 17, n. 5, p. 378-384, 2012b.

PILATI, O. Especialização: falácia ou conhecimento aprofundado?. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 3, n. 5, 2006.

PIMENTA, A. L. **Identidade profissional da enfermagem**: uma construção à luz da sociologia das profissões. 2014. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

POLICARPO, M. C. et al. **Integração das medicinas alternativas e complementares no Plano Nacional de Saúde**. 2012. 83 f. Dissertação (Mestrado em Gestão)- Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2012.

PORTUGAL. Lei nº 71/2013. **Diário da República**, série 1, n.168, 2 set. 2013.

PRÁXIS. Disponível em: <[www.conceito.de/praxis](http://www.conceito.de/praxis)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

REGISTRO BRASILEIRO DOS OSTEOPATAS (RBrO). Disponível em: <<http://www.registrodososteopatas.com.br>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Práticas Integrativas no SUS**. Informativo de 03 abr. 2017.

REED, R. R.; EVANS, D. The deprofessionalization of medicine: cause, effects and responses. **Journal of the American Medical Association**, v. 258, n. 22, p. 3279-3282, 1987.

REGNAUX, JP et Al. Enquête sur l'enseignement de l'Evidence-Based Practice dans la formation initiale en masso-kinésithérapie-physiothérapie, en 2012. **Kinésithérapie, la Revue**, v. 13, n. 136, p. 45-51, 2013.

REGO, S. T. A. Desprofissionalização ou reprofissionalização: um paralelo entre a advocacia e a medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 40, n. 3, p. 211-215, 1994.

\_\_\_\_\_. O processo de socialização profissional na medicina. In: MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 119-132.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RICHARDSON, C. et al. **Therpeuthic exercise for sinal segmental stabilization in low back pain**. London: Churchill Livingstone, 1999.

RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 501-509, 2007.

ROGERS, F. G. et al. Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 102, n. 2, p. 63-65, 2002.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, abr./jun. 2007.

RUFATTO, C. A.; CARNEIRO, M. C. A concepção de ciência de Popper e o ensino de ciências. **Ciência & Educação**, p. 269-289, 2009.

RYAN, H. W. “Whatever You Are, Be a Good One”: osteopathic identity, equality, and the California merger. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 111, n. 5, p. 339-343, 2011.

SANTOS, D. E. **A experiência da Phrónesis e o seu sentido na práxis humana: uma leitura da ética a Nicômaco de Aristóteles**. [S.l:s.n], 1997. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/25210-25212-1-PB.html>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SATTERFIELD, J. M. et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. **Milbank Quarterly**, v. 87, n. 2, p. 368-390, 2009.

SAVAGE, R. A. et al. The relationship between the magnetic resonance imaging appearance of the lumbar spine and low back pain, age and occupation in males. **European Spine Journal**, v. 6, p. 106-114, 1997.

SCHNEIDER, L. M.; VIEIRA, K. V. Saúde e educação: a humanização do saber através da consciência. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 2, p. 116-123, 2011.

SEFFINGER, M. A. et al. Osteopathic philosophy. **Foundations for Osteopathic Medicine**, v. 2, p. 3-1, 2003.

STARK, J. E. Quoting AT Still with rigor: an historical and academic review. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 112, n. 6, p. 366-373, 2012.

\_\_\_\_\_. An historical perspective on principles of Osteopathy. **International Journal of Osteopathic Medicine**, n. 16, p. 03-10, 2013.

STEEL, A. et al. The role of osteopathy in clinical care: broadening the evidence-base. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 24, p. 32-36, 2017.

\_\_\_\_\_. Osteoathic manipulative tratment: a systematic review and critica aparição of comparativo efetivasses and health economics research. **Musculoskeletal Scice and Practice**, v. 27, p. 165-175, 2017.

STILL, A. T. **Autobiography of Andrew Taylor Still with a history of the discovery and development of the science of osteopathy**. AT Still, Kirksville, 1908.

\_\_\_\_\_. **Philosophy of osteopathy**. Academy of Applied Osteopathy, 1899. c2015.

\_\_\_\_\_. **The philosophy and mechanical principles of osteopathy**. [S.l.]: Hudson-Kimberly Publishing Company, 1902. (Copyright Forgotten Books, 2012).

\_\_\_\_\_. **Osteopathy, research and practice**. [S.l.]: The author, 1910.

TEIXEIRA, MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**. vol. 55, n. 1, p. 13-18, 2009.

THOMSOM, O. P. Masterclasses: integrating research evidence with expertise into clinical practice. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 20, p. 1-2, 2016.

THOMSOM, O. P.; PETTY, N. J.; MOORE, A. P. Diagnostic reasoning in osteopathy: a qualitative study. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 17, n. 2, p. 83-93, 2014.

THOMSOM, O. P.; PETTY, N. J.; MOORE, A. P. Osteopaths' professional views, identities and conceptions: a qualitative grounded theory study. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 17, n. 2, p. 146-159, 2014.

THOMSOM, O. P. et al. Grounding osteopathic research: introducing grounded theory. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 17, n. 2, p. 167-186, 2014.

THOMSOM, O. P.; PETTY, N. J.; MOORE, A. P. Reconsidering the patient-centeredness of Osteopathy. **International Journal of Osteopathic Medicine**, n. 16, p. 25-32, 2013.

TROWBRIDGE, C. **Andrew Taylor Still: 1828-1917**. Kirksville, MO: The Thomas Jefferson University Press, 1991.

TURNER, P. W. D.; HOLROYD, E. **Holism in osteopathy: bridging the gap between concept and practice: a grounded theory study**. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 22, p. 167-186, 2016.

TURQUIA. Ministério da Saúde. **Regulação para prática das medicinas tradicionais e complementares**. Disponível em: <[www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3-1.pdf](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3-1.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2017.

UNITED KINGDOM. **Parliament acts: osteopaths act**. [S.l.: s.n], 1993. Disponível em: <<http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/legislation/osteopaths-act-1993-as-amended/osteopaths-act-1993-as-amended.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELAS (ULB). Disponível em: <<http://www.ulb.ac.be/demainetudiant/>>. Acesso em: 05 set. 2017

VAN BUSKIRK, R. L. Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: a model. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 90, n. 9, p. 792-809, 1990.

VIEIRA, J. G. S.; GARCIA FERNÁNDEZ, R. A estrutura das revoluções científicas na economia e a Revolução Keynesiana. **Estudos Econômicos**, v. 36, n. 2, p. 355-381, 2006.

WELSH, S. et al. Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation. **Sociology of Health & Illness**, v. 26, n. 2, p. 216-241, 2004.

WILENSKY, H. L. The professionalization of everyone?. **American Journal of Sociology**, v. 70, n. 2, p. 137-158, 1964.

WILLIAMS, N. Managing back pain in general practice: is osteopathy the new paradigm?. **British Journal of General Practice**, v. 47, n. 423, p. 653-655, 1997.

ZEGARRA-PARODI, R. et al. **EBM in clinical practice: implementation in osteopathic diagnosis and manipulative treatment for non-specific low back pain patients**. [S.l.]: INTECH Open Access Publisher, 2012.

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.

AYRES, J. R. C. M. Necessidade, objetividade e o paradoxo metafísico do conhecimento científico. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, v. 2, n. 1, p. 27-45, 1995.

BADARÓ, A. F. V. **Ética e bioética na práxis da fisioterapia: desvelando comportamentos**. 2008. 164 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

BARRETO, N. M. S. **Componentes de formação no plano de estudos: a componente prática num curso profissional de osteopatia**. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica)- Universidade Aberta, Lisboa, 2014.

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2023-2028, 2006.

CARRIÓ, F. B. I. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. **Atención Primaria**, v. 35, n. 6, p. 311-313, 2005.

CHALUKIAN, L. R. **Quiropráxia**: conceptos básicos: mitos y realidades. [S.l.: s.n.], 2017.

DUARTE, H. R. L. F. **Praxis e cidades sustentáveis**: o legado de Aristóteles na procura contemporânea da sustentabilidade. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia)- Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

ELKISS, M. L.; JEROME, J. A. Touch: more than a basic science. **Journal of American Osteopathic Association**, v. 112, n. 8, p. 514-517, 2012.

FINDLEY, T.; SHALWALA, M. Fascia research congress evidence from the 100 year perspective of Andrew Taylor Still. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, n. 17, p. 356-364, 2013.

GUTIERREZ, D. P. I. **La osteopatía como instrumento de reducción de costes en el sistema sanitario español**. 2014. 172 f. Tese (Doutorado)- Universitat de Lleida, Lleida, 2014.

GUYATT, G. H. et al. Users' guides to the medical literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the users' guides to patient care. **Journal of American Osteopathic Association**, v. 284, n. 10, p. 1290-1296, 2000.

LAWRENCE, D. J. The four principles of biomedical ethics: A foundation for current bioethical debate; *Journ Chiropractic Hum*; 14: 34-40; 2007

LEBOEUF-YDE, C.; LANLO, O.; WALKER, B. F. How to proceed when evidence-based practice is required but very little evidence available?. **Chiropractic & Manual Therapies**, 2013. Disponível em: <<http://chiromt.com/content/21/1/24>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

LIEM, T.; PANIZO, A. **Praxis de la osteopatía craneosacra**. [S.l.]: Editorial Paidotribo, 2006.

LORENZO, C. F. G.; BUENO, G. T. A. A interface entre bioética e fisioterapia nos artigos brasileiros indexados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 4, p. 763-775, 2013.

LUZ, M. T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

NATALI, C. A base metafísica da teoria aristotélica da ação. **Analytica Revista de Filosofia**, v. 1, n. 3, p. 101-125, 2013.

OLOFSSON, G. The dark side of professions: the role of professional autonomy in creating 'great professional disasters'. CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIOLOGICAL ASSOCIATION, 8., Glasgow. **Anais...** Glasgow: [s.n.], 2007.

RUIZ RUIZ, B. et al. **La experiencia del estudiante de la asignatura de “fisioterapia osteopática I” durante el aprendizaje de las técnicas de manipulación de alta velocidad.** [S.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <<http://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/2034>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SANTOS, P. M. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 97-117.

TEIXEIRA, M. et al. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 183-193.

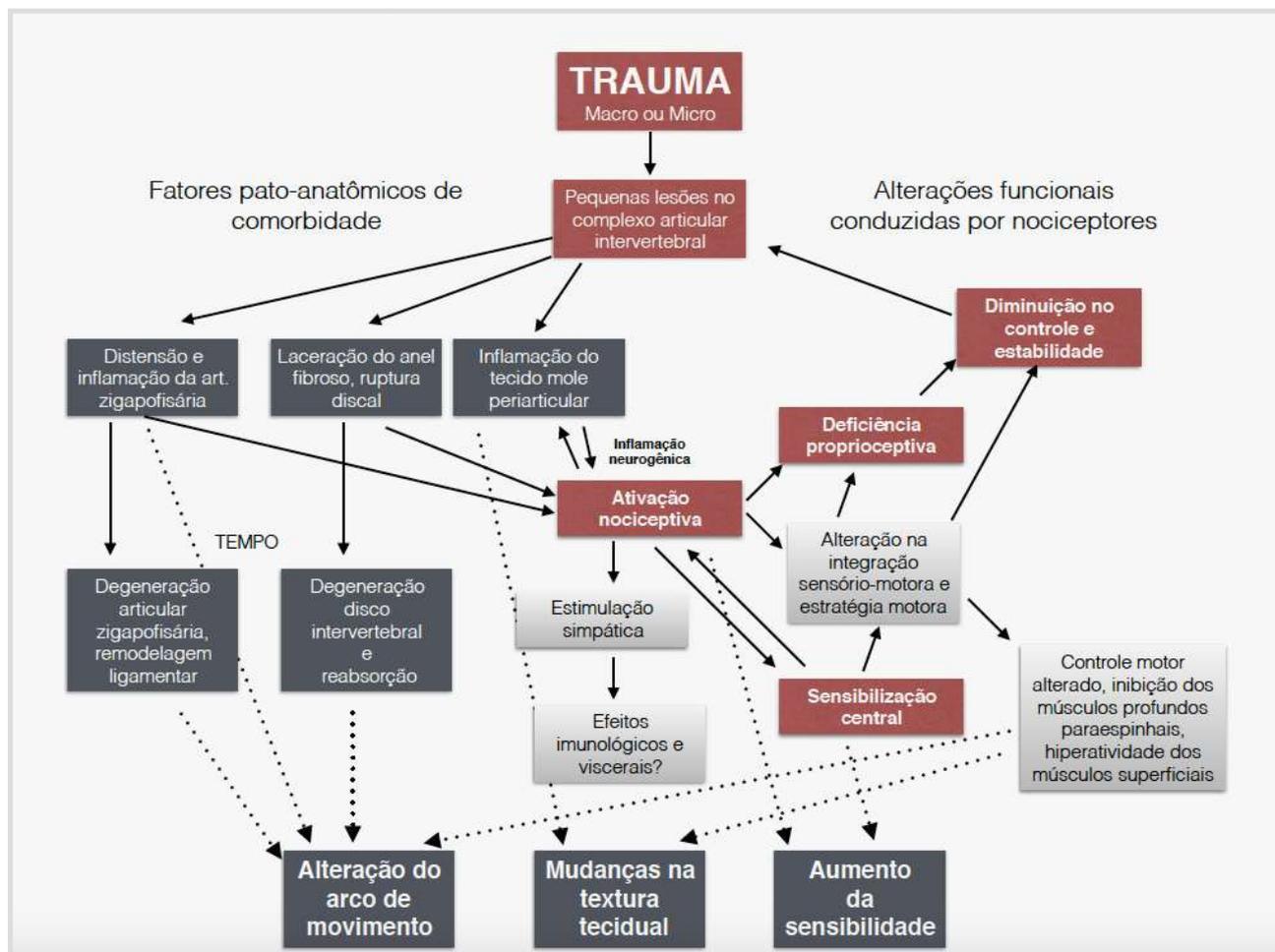
**ANEXOS**

## ANEXO 1 - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 01 DE 2001

1. Devem ser oferecidos por instituições de ensino superior já credenciadas ou por entidades especialmente credenciadas para atuarem nesse nível educacional (ao ser credenciada, uma instituição demonstra possuir experiência, competência acadêmica e capacidade instalada para operar em determinada área do conhecimento);
2. Independem de autorização, reconhecimento e renovação do reconhecimento (o que lhes garante manter as características de flexibilidade, dinamicidade e agilidade);
3. Os cursos designados como MBA Master Business Administration ou equivalentes incluem-se na categoria de curso de especialização em nível de pós-graduação, na área de Administração;
4. Apenas portadores de diploma de curso superior podem ser neles matriculados;
5. Estão sujeitos à supervisão dos órgãos competentes, a ser efetuada por ocasião do credenciamento da instituição (Ministério da Educação, no caso dos cursos oferecidos por instituições privada se federais, bem como os ofertados na modalidade à distância; sistemas estaduais, no caso dos cursos oferecidos por instituições estaduais e municipais);
6. As instituições que os oferecem deverão fornecer informações referentes a esses cursos, sempre que solicitadas pelo órgão coordenador do Censo do Ensino Superior, nos prazos e nas demais condições estabelecidos;
7. O corpo docente deverá ser constituído necessariamente por, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) de professores portadores de título de mestre ou de doutor obtido em programa de pós-graduação stricto sensu reconhecido;
8. Os cursos devem ter duração mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas, nestas não computado o tempo de estudo individual ou em grupo, sem assistência docente, e o reservado, obrigatoriamente, para elaboração de monografia ou trabalho de conclusão de curso (a duração poderá ser ampliada de acordo com o projeto pedagógico do curso e o seu objeto específico);
9. Os cursos de especialização a distância só poderão ser oferecidos por instituições credenciadas pela União, conforme o disposto no parágrafo 1º do art. 80 da Lei 9.394, de 1996;

10. Os cursos à distância deverão incluir, necessariamente, provas presenciais e defesa presencial de monografia ou trabalho de conclusão de curso;
11. Farão jus ao certificado os alunos que tiverem obtido aproveitamento segundo os critérios de avaliação previamente estabelecidos (projeto pedagógico), assegurada, nos cursos presenciais, pelo menos, 75% (setenta e cinco por cento) de frequência;
12. Os certificados de conclusão devem mencionar a área de conhecimento do curso e serem acompanhados do respectivo histórico escolar, do qual deve constar, obrigatoriamente: I- relação das disciplinas, carga horária, nota ou conceito obtido pelo aluno e nome e qualificação dos professores por elas responsáveis; II- período e local em que o curso foi realizado e a sua duração total, em horas de efetivo trabalho acadêmico; III- título da monografia ou do trabalho de conclusão do curso e nota ou conceito obtido; IV- declaração da instituição de que o curso cumpriu todas as disposições da presente Resolução; e V- indicação do ato legal de credenciamento da instituição, tanto no caso de cursos ministrados a distância como nos presenciais;
13. Os certificados de conclusão de cursos de especialização devem ter registro próprio na instituição credenciada que o ofereceu.

## ANEXO 2 - DISFUNÇÃO SOMÁTICA



(Traduzido pelo autor, de FRYER, 2016)

## ANEXO 3 - CODIGO DE DEONTOLOGIA DOS OSTEOPATAS

### **Código de Deontologia dos Osteopatas**

Generalidades

#### ***Capítulo 1 OBJETO E CAMPO DE APLICAÇÃO***

##### ARTIGO 1

A deontologia da osteopatia é o conjunto dos princípios, das regras e dos modos pelos quais todo osteopata deve observar e deve inspirar-se para o exercício de sua profissão.

##### ARTIGO 2

As disposições do presente código são aplicáveis a todo osteopata que exerce a profissão no Brasil.

Elas são enunciativas e não limitativas. Elas podem ser aplicadas por analogias.

#### ***Capítulo 2 DEVERES GERAIS DOS OSTEOPATAS***

##### ARTIGO 3

O exercício da arte da osteopatia é uma missão eminentemente humanitária; o osteopata cuida, em qualquer circunstância, da saúde das pessoas e da coletividade. Uma conduta moral irrepreensível é primordial nas relações do osteopata com seus pacientes.

O osteopata deve demonstrar a maior diligência no desempenho de sua profissão. 2

##### ARTIGO 4

O osteopata deve se manter a par dos progressos científicos de sua profissão para garantir o melhor atendimento ao seu paciente.

Um osteopata mantém a sua competência através de uma formação contínua.

##### ARTIGO 5

O osteopata deve tratar, com a mesma consciência, de todos os seus pacientes, qualquer que seja a sua situação social, nacionalidade, convicção, credo político ou religioso, reputação e sentimentos que ele possa sentir em relação a ele.

##### ARTIGO 6

A subscrição de um seguro de responsabilidade civil é obrigatória, inclusive para a renovação do registro.

##### ARTIGO 7

O osteopata deve se abster, mesmo fora do exercício de sua profissão, de qualquer ato de natureza a manchar a honra ou a dignidade dela.

##### ARTIGO 8

A arte da osteopatia não pode, em nenhum caso, e de maneira nenhuma, ser praticada como uma atividade comercial, mas sim, como prestação de serviço.

##### ARTIGO 9

Os osteopatas devem manter entre eles relações de boa confraternidade e prestar assistência mútua.

#### ***Capítulo 3 DA PUBLICIDADE***

##### ARTIGO 10

A publicidade com intuito comercial, direta ou indireta, é proibida. A reputação do osteopata está embasada em sua competência profissional e em sua integridade. O osteopata deve tomar

todas as medidas necessárias para garantir que toda informação seja positiva, correta, e não venha a alterar, de maneira alguma, a imagem pública de sua profissão.

#### ARTIGO 11

§1º As indicações autorizadas na placa colocada na porta do consultório do osteopata são apenas: nome e sobrenome, título de DO. MRO.Br, e, eventualmente, os dias e horário de consulta e seu número de telefone.

§2º No papel timbrado e cartão de visita está autorizado a colocar o seu nome e sobrenome, o título de DO.MRO.Br, e qualquer outro título atual relativo à osteopatia ou de outro título da área de saúde, desde que reconhecido pelo registro profissional pertinente.

As indicações autorizadas a serem colocadas na lista telefônica são, exclusivamente, nome e sobrenome, o título de DO.MRO. Br, e as indicações práticas que podem facilitar as relações com os pacientes.

Nas páginas amarelas da lista telefônica nada pode distinguir um anúncio de um outro. É proibido chamar a atenção do público com anúncios maiores do que a única menção, em caracteres comuns e ordinários, do nome do terapeuta e de seu endereço.

§3º Nenhuma dessas menções pode figurar numa publicação comercial.

§4º O osteopata não pode mencionar uma competência que ele não tenha, nem exercer uma prática pela qual ele não tem competência.

§5º Os osteopatas que exercem a profissão dentro de um organismo público ou privado devem ficar atentos para que o modo de informação utilizado por eles esteja em conformidade com as regras de deontologia.

Os osteopatas cometerão uma falta permitindo que esses organismos usem os seus nomes com finalidades publicitárias.

#### ARTIGO 12

Qualquer utilização publicitária de um tratamento bem sucedido, ou sucesso em prol de uma pessoa, um grupo ou uma escola, está proibida.

Ele não pode permitir que terceiros usem seu nome com vista a retirar benefício publicitário ou comercial.

### ***Capítulo 4 DA CLIENTELA - RELAÇÃO COM O PACIENTE***

#### ARTIGO 13

§1º O paciente tem a liberdade de escolher o seu osteopata .

§2º O osteopata pode receber em seu consultório qualquer paciente.

#### ARTIGO 14

A livre escolha do osteopata pelo paciente é um princípio fundamental da relação com o paciente. Todo osteopata deve respeitar esta liberdade de escolha e zelar para que ela seja respeitada.

#### ARTIGO 15

À exceção dos casos de emergência ou em situações consideradas como deveres humanitários, o osteopata sempre tem o direito de recusar os seus cuidados por motivos profissionais ou pessoais.

Da mesma maneira, o osteopata pode se desvencilhar de sua missão, com a condição de avisar o paciente ou os seus familiares, e a fim de garantir a continuidade do tratamento deverá fornecer todas as informações necessárias ao osteopata que irá lhe suceder.

#### ARTIGO 16

O osteopata deverá esforçar-se para prestar esclarecimentos aos pacientes em relação às condutas adotadas de todas as medidas diagnósticas ou terapêuticas oferecidas.

O tratamento de um paciente somente é permitido com seu assentimento, exceto em caso de emergência.

O osteopata deve tomar cuidado no que concerne às explicações do procedimento terapêutico que ele queira aplicar, não devendo jamais abusar do consentimento do paciente para não ultrapassar a sua liberdade de recusar ou de ignorar seu aviso.

Se o paciente recusar um exame ou um tratamento proposto, o osteopata pode se desengajar de sua missão, de acordo com as condições previstas na alínea 2 (dois), do artigo 15 (quinze).

#### ARTIGO 17

Quando o paciente é menor de idade ou incapaz, os parentes, ou o representante legal, devem ser informados de que a sua presença na consulta é desejável, ou mesmo, indispensável.

### ***Capítulo 5 DO CONSULTORIO***

#### ARTIGO 18

O consultório é o local onde o osteopata recebe seus pacientes, examina, emite a sua opinião, e realiza o tratamento.

Todas as medidas necessárias serão tomadas em matéria de higiene, qualidade de tratamento aplicada, e segurança do material utilizado.

#### ARTIGO 19

O osteopata deve exercer a sua profissão com a condição de que possa proporcionar

- a continuidade do tratamento;
- a prática da qualidade na da arte de curar,

e a não prejudicar nem a dignidade profissional nem a confraternidade.

#### ARTIGO 20

O exercício ambulante da osteopatia é proibido.

#### ARTIGO 21

A prática da osteopatia, tanto preventiva como curativa, é proibida em locais comerciais ou em suas dependências, exceto com o acordo prévio do registro.

### ***Capítulo 6 DA QUALIDADE DO TRATAMENTO***

#### ARTIGO 22

O osteopata goza de liberdade diagnóstica e terapêutica osteopática.

Ele se obriga a não prescrever exames, tratamentos, e prestações de serviços considerados, por ele mesmo, desnecessários.

#### ARTIGO 23

Ao aceitar tratar de um paciente o osteopata se compromete a dar um atendimento com zelo, consciente, e em conformidade com os conhecimentos atuais e adquiridos da ciência.

### ***Capítulo 7***

#### **DO SIGILO PROFISSIONAL**

#### ARTIGO 24

O sigilo que o osteopata deve manter é de ordem pública.

O osteopata tem o dever de preservar qualquer informação, bem como, os exames dos pacientes que são confidenciais.

#### ARTIGO 25

O sigilo do osteopata inclui tanto aquilo que o paciente relatou, ou a ele confiou, bem como tudo aquilo que o osteopata passou a conhecer ou a descobrir através dos exames que realizou ou que pediu para que o paciente realizasse.

#### ARTIGO 26

O sigilo se estende a tudo aquilo que o osteopata viu, conheceu, aprendeu, tendo sido constatado, descoberto ou surpreendido no exercício, ou na ocasião do exercício da profissão.

**ARTIGO 27**

O osteopata é liberado do sigilo em todos os casos de exceção previstos pela lei.

**ARTIGO 28**

A declaração do paciente liberando o osteopata do sigilo não é suficiente para liberar o osteopata de sua obrigação.

**ARTIGO 29**

A morte do paciente não libera o osteopata do sigilo, nem os herdeiros do paciente poderão liberá-lo, nem disporem do sigilo.

***Capítulo 7 DOS HONORARIOS*****ARTIGO 30**

O osteopata deverá mostrar moderação e discrição na fixação de seus honorários. Dentro desses limites, podem ser consideradas as importâncias da prestação fornecida, a situação econômica do paciente, de sua própria notoriedade, e de circunstâncias particulares.

Ele não poderá negar ao paciente, ou a seus representantes, explicações a respeito do valor de seus honorários.

**ARTIGO 31**

A dicotomia é proibida, bem como a aceitação de qualquer comissão, de qualquer origem.

O pagamento por sistema de “pacote ou parcelamento”, ou o pedido de adiantamento para fim de acompanhamento osteopático, são proibidos. O pagamento por consulta é regra.

**ARTIGO 32**

Qualquer prática visando a baixar o valor de seus honorários, com finalidade de concorrência é proibida ao osteopata.

Ele é livre para praticar a sua arte gratuitamente.

**ARTIGO 33**

A divisão de honorários entre osteopatas é permitida no caso de corresponder a um serviço prestado direta ou indiretamente ao paciente, no quadro de um tratamento coletivo. Afora este caso, a aceitação, proposta ou pedido de divisão de honorários, mesmo sem efeitos, constituem uma falta grave.

**ARTIGO 34**

O credenciamento de Osteopatas a qualquer tipo de plano de saúde é proibido.

***Capítulo 8 DA RELAÇÃO ENTRE OSTEOPATAS*****ARTIGO 35**

A confraternidade é um dever primordial; ela deve se exercer com respeito e dentro dos interesses do paciente.

**ARTIGO 36**

Os osteopatas devem ter entre eles uma assistência moral: eles têm o dever de defender um colega injustamente atacado.

É proibido caluniar um colega, falar mal dele ou repercutir propósitos de natureza a prejudicá-lo no exercício de sua profissão.

**ARTIGO 37**

O desvio ou tentativa de desvio de paciente é proibido.

**ARTIGO 38**

Com finalidade de preservar os interesses do paciente, os osteopatas devem manter boas relações com os membros das outras profissões da área de saúde. Eles devem respeitar sua independência profissional, bem como a livre escolha do paciente. (RBrO, 2006)