

Osteopatia Visceral e Craniosacral. Qual o Limite Ético entre Especialização Profissional e Prática Baseada em Ficção e Mito?

Carlos Ladeira Ft. MScPT, MTC

Prof. Adjunto, Nova Southeastern University, FL, USA.

www.terapiamanual.com.br

A história da evolução da medicina e fisioterapia não deve ser estudada como um mero relato de anedotas em ordem cronológica. Os terapeutas que iniciaram a prática da terapia craniosacral e visceral no século XIX não seguiam padrões científicos ou códigos de ética modernos. A descrição histórica de eventos na ciência explica como erros conjecturais, mitos, e superstições inibiram o crescimento e a evolução de textos modernos de ciência. A história da ciência explica como distinguir e selecionar componentes científicos dentro de livros ultrapassados que nossos predecessores utilizavam para praticar fisioterapia (1). Aprendemos muito ao estudar como hipóteses evoluem e transformam em teorias, principalmente, quando lemos trabalhos, pesquisas, e experimentos originais que modificam teorias e paradigmas científicos. No passado, cientistas e clínicos aprendiam muitas técnicas ao ler o trabalho original escrito sobre tais experimentos e técnicas (1). Infelizmente, o objetivo da maioria dos livros da atualidade é apenas didático de repassar informação (1). Muitos livros não descrevem como hipóteses transformam em teorias e como hipóteses do passado, que nunca evoluíram para teorias, viraram mitos no presente. Muitos livros são escritos descrevendo como leitores devem interpretar um trabalho original sem deixar que leitores avaliem e façam suas próprias conclusões sobre tais trabalhos (1). Livros acadêmicos universitários geralmente tem referências de estudos e trabalhos originais. A diferença entre livros de ficção e livros universitários é a origem de informação dos mesmos. Como universitários da área de ciência de saúde, temos a obrigação ética de questionar e avaliar a fonte de referência de livros antes de os adotarmos como especialização clínica. Escrevo este artigo para questionar especializações clínicas que podem violar códigos de ética profissional. Não escrevo este artigo para pedir que colegas pratiquem fisioterapia apenas baseado em evidência científica. Escrevo para que colegas levem a sério nossas especializações clínicas e para que continuamos exercendo nossa profissão eticamente no Brasil. Fisioterapeutas do século XXI seguem padrões atualizados de ciência e códigos de ética modernos da área de saúde.

Osteopatia Visceral

Osteopatia visceral, de acordo com a Associação Européia de Osteopatia (www.osteopatia.org), refere-se ao uso de manobras passivas articulares e alongamento miofascial para o tratamento de disfunções do fígado, intestino, estômago, pâncreas, próstata, e outras vísceras. Osteopatia visceral faz parte da especialização em osteopatia oficializada pelo COFFITO. Terapia manual visceral tem sua origem nos ensinamentos de Dr. Still fundador da osteopatia no final século XIX (2, 3). Dr. Andrew Taylor Still, médico americano e fundador da osteopatia, abandonou a medicina tradicional ao perder um filho com uma infecção intratável no século XIX. Revoltado com a medicina tradicional, Dr. Still substituiu a medicina tradicional pela manipulação vertebral, que era medicina alternativa praticada por leigos em países de origem inglesa na época. Dr. Still acreditava que a compressão de artérias em articulações poderia causar doenças em todas as vísceras do corpo humano. Dr. Still baseou suas hipóteses na sua experiência como praticante de terapia manual. Esta crença vem principalmente de observações empíricas da melhora da dor

localizada sobre áreas viscerais tratadas com manipulação da coluna vertebral: dor de cabeça, olhos, sobre o osso esterno perto do coração, sobre o estômago, nas costas sobre os rins, etc (2, 3). O conhecimento de anatomia e fisiologia do século XIX do Dr. Still o ajudou a escrever tais hipóteses (2, 3).

Os osteopatas americanos do princípio do século XX começaram a estudar a medicina tradicional e entender onde as hipóteses de Dr. Still estavam incorretas. Osteopatas americanos abandonaram o uso da osteopatia visceral no princípio do século XX e a partir nos anos 1930s começaram a ser reconhecidos como médicos nos EUA (2, 3). A manipulação da coluna cervical pode melhorar uma dor de cabeça ou nos olhos e a manipulação da coluna torácica pode melhorar dor localizada sobre o estômago ou abdômen; entretanto, a melhora da dor de cabeça/olhos assim como dor sobre o estômago e abdômen através da terapia manual não significa que tal meio de tratamento esteja tratando o cérebro, olhos, estômago, ou intestino respectivamente. Dor de cabeça e nos olhos podem ser referidas da coluna cervical (4) e dores sobre o estômago e abdome podem ser referidas da coluna torácica (5-8). Da mesma forma que o coração refere dor para os braços e a coluna cervical (a famosa angina), as articulações da coluna vertebral quando lesadas referem dor para áreas que podem se confundir com vísceras (5-8). Dor referida não esta necessariamente associada a uma lesão nervosa. Bechgaard (7) numa pesquisa epidemiológica estimou que 13% de pacientes que entram numa unidade coronária cardíaca não tem problemas de coração e sim da coluna vertebral. Jooma (9) descreve em detalhes pacientes com dor aguda abdominal similar a uma apendicite que não passa de uma lesão da coluna vertebral. Os osteopatas europeus que ainda praticam manipulação visceral não fazem nenhum exame de laboratório (hematológico, colonoscopia, etc) que identifique patologias viscerais e portanto, o diagnóstico dos mesmos não é baseado em exames válidos de patologias viscerais e apenas na descrição sintomática do paciente e nas fábulas contadas e repassadas por praticantes de osteopatia e quiropraxia.

A fisioterapia e a medicina moderna tem varias especialidades clínicas, todas tem estudos e teorias em andamento. Medicina e fisioterapia são artes, mas são artes que observam a ciência. Como clínicos graduados em universidades, procuramos praticar fisioterapia baseado na evidência científica onde possível, e onde não possível procuramos observar teorias plausíveis de tratamento (10). Para que uma hipótese transforme-se em teoria, primeiro ela tem que passar alguns testes científicos (10, 11). Ou seja teorias são hipóteses que passaram alguns testes de experimentos básicos ou de ciência aplicada. Usamos manipulação para tratamento mecânico de varias articulações baseado em teorias de tratamento, apesar de não existir evidência clínica para comprovação da eficiência da terapia manual para toda articulação. Existe evidência clínica para recomendar o uso de terapia manual para a coluna lombar (12) e não para a articulação sacro ilíaca. Mas, a ciência básica demonstra que a articulação sacro-ilíaca move-se e que anestésicos injetados nesta área pode aliviar sintomas músculo-esqueléticos (13, 14). Restrição de movimento nesta área pode gerar disfunção, inflamação, e dor. Portanto, teoricamente, movimentos de mobilização da sacro-ilíaca podem melhorar sintomas desta articulação. Ou seja, teoricamente, da mesma forma que exercícios de alongamento aumentam a extensibilidade de músculos, a manipulação e mobilização articular restaura movimentos articulares restritos por adesão ligamentar, corpos estranhos intra-articulares, adesão devido ao acúmulo de tecido adiposo intra articular, etc. Apesar de não existir evidência que a manipulação trate a articulação sacro-ilíaca, utilizamos a manipulação para tratar tal articulação como várias outras. Manipulação articular também pode afetar reflexos neurológicos e tônus muscular temporariamente (15, 16). Entretanto, especular que terapia manual (movimento passivo articular ou miofascial) altera o funcionamento do sistema nervoso autônomo ou melhora a circulação sanguínea ao ponto de tratar doenças viscerais vai bem além de ciência básica e qualquer hipótese moderna de

medicina e fisioterapia (17). Como universitários, deveríamos questionar tais hipóteses do século XIX. Quais são as principais causas de problemas cardíacos, fígado, intestino, da próstata, etc? Podem manobras passivas articulares alterar tais causas? Algum livro de neuroanatomia ou patologia descreve como o sistema autônomo causa doenças que osteopatas europeus alegam tratar no fígado, rins, próstata, intestino, etc? Quando lerem os livros clássicos de neuroanatomia e patologia, observem que os mesmos tem referências com artigos originais, ou seja a maioria tem pesquisas onde os colegas terão a oportunidade de confirmar como teorias são formadas. Depois de ler livros clássicos de neuroanatomia e patologia, dê uma lida em livros de osteopatia visceral e confira se os mesmos tem artigos originais com pesquisas. Muitos destes livros são escritos pelas próprias pessoas que os utilizam, para persuadir leitores, sem citar qualquer artigo indexado numa revista idônea editada anonimamente pela comunidade científica, que confirme que tais hipóteses tem respaldo científico. Ao lerem tais livros de osteopatia, não se espantem se só acharem referências à outros livros. Se cronologicamente seguir as referências de tais livros de osteopatia visceral, os colegas vão acabar chegando nas hipóteses descritas pelo Dr. Still do século XIX.

Aqui esta parte de uma matéria escrita por Dr. Still em 22 de Julho de 1874, minha melhor tradução: "Como um raio de sol, a verdade por inteiro desceu na minha mente..." afirmação ao entender como descobriu o que a terapia manual fazia. Depois a conclusão: "Eu proclamo, que a disfunção de artérias marca o começo da implantação de sementes que geram doenças... A regra da artéria é absoluta, universal, e tem que ser desobstruída, de outra forma doenças ocorrerão." A primeira descrição de "cura osteopática" descreve como um paciente com dor nos olhos e cefaléia melhora com uma força posterior-anterior aplicada sobre o atlas e áxis (2). Enquanto Dr. Still empiricamente explicava a origem das doenças, Robert Hooke observou a primeira célula debaixo do microscópio em 1665 (18). O estudo de doenças a partir da descoberta da célula foi extraordinária. Ao seguirmos referências de livros clássicos de medicina e fisioterapia nos surpreendemos e entendemos por que cirurgiões que não lavavam as mãos causavam infecções. Cirurgiões do século XIX não lavavam as mãos para fazer cirurgias por que não conheciam bactérias. O antibiótico foi descoberto por volta de 1929 quando Alexander Fleming observou pela primeira vez como o fungo penicillin inibia a reprodução de bactérias de baixo de um microscópio. Hoje, com o invento do microscópico, cirurgiões conhecem bactéria e lavam as mãos antes de fazer cirurgias. O estudo de doenças na atualidade é feito em laboratórios de patologia com aparelhos eletrônicos que evoluíram dos microscópicos do século XIX. Antibióticos são produzidos em massa para tratar infecções. Não se esqueçam que tais descobertas antes de virar teorias e subsequentemente virarem clínica baseada na evidência, eram meras hipóteses que evoluíram. A hipótese que manipulação vertebral trata doenças é mais antiga do que a regra da artéria descrita por Dr. Still, ele simplesmente usou de seu conhecimento médico para refinar a mesma. Esta crença que manipulação vertebral trata doença vem de curandeiros chamados de bone setters (repositoradores de ossos) e tem séculos de idade (2, 3), o que esta hipótese nunca teve foi evolução. Os livros atuais de anatomia e fisiologia já reconhecem a célula humana e explica como as hipóteses de Dr. Still não fazem sentido. Se o Dr. Still pai da osteopatia visceral conhecesse células e tivesse acesso a antibióticos, seu filho não teria morrido com uma infecção e talvez hoje eu não estivesse escrevendo este artigo. Podemos continuar a praticar nossas especializações baseado nas hipóteses do Dr. Still e ignorarmos a evolução da medicina e fisioterapia. Numa das mais completas revisões sobre terapia manual visceral já publicada, entre mais de 350 artigos publicados em tal área, nenhum teve fundamento científico e a grande maioria não passou de anedotas de consultório (17). Temos a opção de continuarmos a praticar nossa profissão baseado em anedotas de quiropráticos americanos e

osteopatas europeus, mas podemos rever nossa neuroanatomia/fisiologia e começarmos a praticar fisioterapia como profissionais do século XXI.

Terapia craniosacral

Terapia craniosacral foi inventada por Sutherland em 1899 (2). Sutherland, um osteopata americano, fascinado com movimentos dos ossos do crânio, decidiu escrever hipóteses de tratamento baseado no movimento das suturas do crânio. Nos anos 1930s, Upledger (outro osteopata americano) re-escreveu livros sobre terapia craniosacral e incluiu movimento do líquido cérebro/espinhal em tais hipóteses. Nos dias de hoje, o Upledger Institute americano continua a divulgar tais técnicas de tratamento. Veja bem que isto é um instituto e não uma universidade. Companhias de seguro saúde de países desenvolvidos também não reembolsam tratamento craniosacral ou terapia manual no tratamento visceral. É interessante notar que a maioria das instituições que promovem o uso de tais técnicas na Europa e EUA não são centros universitários; mas institutos, academias, ou "Colleges" (pequenas faculdades) que nos EUA e Europa não tem o mesmo reconhecimento de "Universities" (onde existe uma cultura e tradição científica com laboratórios de pesquisa de física, biologia, química, fisioterapia, medicina, etc). Os praticantes de terapia craniosacral (<http://www.craniosacral.co.uk>) ingleses alegam que podem tratar artrite, autismo, bronquite, dependência em drogas, cervicalgia, estresse psicológico, etc. A hipótese é baseada na proximidade do crânio com o sistema nervoso e na relação do líquido cérebro/espinhal (LCE) com o corpo humano. Se os leitores estão se perguntando qual a relação entre os ossos do crânio e o LCE com tais disfunções e doenças citadas acima, acredito que estão começando a me entender. A avaliação microscópica do LCE pode ajudar a diagnosticar tumor cerebral e da coluna vertebral, infecções, Doença de Guillian Barré, hemorragia subaracnóidea, entre outras (19, 20). Entretanto, não existe um único livro de neuroanatomia ou fisiologia adotado em universidades que descreve a relação entre o LCE e estresse psicológico, autismo, ou diarreia. A pressão do LCE pode ser avaliada com a inserção de uma agulha na coluna vertebral. Entretanto, na atualidade, não existe um artigo publicado em uma revista indexada idônea que comprove a relação entre a pressão do LCE e disfunções (autismo, diarreia, estresse, etc) que osteopatas europeus alegam tratar (19, 20).

Praticantes de terapia craniosacral alegam que alteração dos movimentos dos ossos do crânio e disfunção da pressão do LCE na coluna vertebral/cérebro pode causar as disfunções e patologias descritas acima. Dizem que o movimento do LCE tem um ritmo de 12 vezes por minuto seguindo nosso ritmo respiratório. Alegam que o movimento do LCE ocorre devido a um aumento e diminuição de pressão dentro do cérebro e coluna vertebral. Entretanto, tais hipóteses não passam de anedotas para neuroanatomistas (19, 20). O LCE movimenta de três formas: (a) seguindo o rítmico cardíaco e não o respiratório, (b) seguindo a pressão osmótica do líquido, e (c) seguindo uma oscilação que segue um tipo de movimento peristáltico oscilatório dentro das cavidades do cérebro e coluna vertebral (19). Movimentos das suturas do crânio são possíveis principalmente em crianças, mas não existe um livro de ciência básica que associe tais movimentos com o LCE. Portanto, a hipótese de tais osteopatas não tem fundamento científico básico.

Terapeutas craniosacrais dizem ser capazes de apalpar o movimento do LCE e movimentos das suturas do crânio, alegam que podem apalpar o ritmo anormal do LCE baseado na mudança de pressão do mesmo. Entretanto, pesquisas na área não confirma que tais terapeutas possam apalpar movimentos normais dos ossos ou ritmo do LCE no crânio (21-24). Acho difícil que alguém possa apalpar a alteração da pressão sanguínea com as mãos, muito mais superficial e fácil de ser documentada manualmente. Qualquer pessoa, com muita força de vontade, que segurar uma bola de futebol e fechar os olhos por dez minutos (o

mesmo que terapeutas fazem para avaliar o movimento do LCE), pode apalpar na bola os movimentos de seus gomos numa oscilação de 12 vezes por minuto também (apesar da bola não respirar). Peço aos colegas que imaginem como alguém possa apalpar movimentos anormais das suturas do crânio baseado em alterações de pressão do LCE. Os livros que descrevem tais hipóteses parecem mais livros de ficção científica do que livros de universidades. Também, peço aos colegas que imaginem como movimentos dos ossos do crânio trata autismo ou diarreia. Tais hipóteses de tratamento não mudaram desde dos anos 1930s (24), quando Upledger reformulou as mesmas, tais hipóteses nunca passaram testes científicos para atingir um status de teoria. A grande maioria de intervenções médicas e fisioterápicas evoluíram nos últimos setenta ou oitenta anos, basta rever artigos originais descritos nos nossos livros clássicos. Ao restaurarmos movimentos da caixa torácica não alteramos o batimento cardíaco e não tratamos doenças cardíacas. O toque suave (dizem que tem que ser de aproximadamente 5 g de pressão) das mãos no crânio para normalizar um movimento "anormal" dos ossos do crânio, como um cafuné na cabeça de qualquer pessoa, tem um efeito enorme no tratamento de nossos pacientes, o mesmo valor do sorriso ao conversarmos com os mesmos, mas nem por isto o COFFITO oficializou a especialização no sorriso. Por favor leiam os livros que descrevem tais hipóteses e avaliem o que estamos adotando como especialização.

Ética ao Praticar Medicina Alternativa

Existem várias diferenças entre fisioterapeutas e técnicos praticantes de medicina alternativa. Fisioterapeutas tem uma licença profissional, tem órgãos que fiscalizam a prática da profissão, tem órgãos que punem profissionais que não tem uma boa conduta profissional e ética, tem regras para manter a licença, e tem educação universitária (e não institutos, academias, ou escolas). Em países desenvolvidos (EUA, Inglaterra, Canadá, Países Escandinavos, etc), fisioterapeutas tem que fazer atualizações anuais sobre ressuscitação cardíaca, controle e prevenção de infecção, atualização sobre AIDs, fazer cursos de atualização profissional, e exames de saúde para provarem que estão aptos a praticar a sua profissão. Alguns massagistas, acupunturistas e técnicos de osteopatia europeus não tem licenças como fisioterapeutas e não precisam se atualizar para manter um nível profissional, muitos também não tem um código de ética a seguir ou seguem um código de ética ultrapassado (veja padrões modernos abaixo). Entendo que no Brasil não temos a mesma rigorosidade de países desenvolvidos para mantermos nossa licença. Mas, nem por isto podemos ignorar nossa ética profissional ao apresentarmos-nos como doutor e adotarmos propedêuticas de tratamento que são no mínimo experimentais, para não dizer mitológicas e fictícias. Existem varias premissas de código de ética que profissionais utilizam ao tratar seus pacientes, cito três que gostaria de informar meus colegas: (a) respeitar o paciente, (b) colocar a saúde do paciente em primeiro plano ao tomarmos decisões, e (c) ajudar pacientes a almejar objetivos plausíveis de tratamento (25, 26). Peço que colegas fisioterapeutas comessem a utilizar tais premissas no Brasil, mesmo colegas que utilizam terapia alternativa. A grande maioria de nossos colegas médicos, já utilizam tais padrões éticos a muitos anos.

Primeiro, o respeito ao paciente ao tomarmos decisões é fundamental (26). O paciente tem o direito de ser informado sobre o tipo de tratamento que ele vai se submeter antes de ser tratado. Eticamente e legalmente, um cirurgião não pode operar um paciente ou prescrever um remédio sem explicar a função de tais meios de tratamento e a eficácia dos mesmos. Nos EUA, Austrália, e Canadá, seguindo normas de ética internacional (27), pacientes tem que assinar um documento dizendo que ele entende qual o tratamento que vai receber antes de submeter a um tratamento fisioterápico (28). O terapeuta tem a obrigação de explicar seu plano de tratamento com um prognóstico para o paciente antes de encostar nos mesmos (28). O plano de tratamento tem que ter número de visitas e curso de tratamento plausível

(geralmente de uma semana à dois meses dependendo do caso e podem ser renovados dependendo do progresso clínico objetivo do paciente). Planos de tratamento tem objetivos a serem cumpridos. Espero que os colegas que praticam osteopatia visceral tem objetivos de tratamento e testes válidos para medir a progressão de uma patologia quando tratar tais pacientes (28). Relato subjetivo de paciente não basta. Médicos discutem honestamente com o paciente a possibilidade de cura de uma doença antes de fazer uma cirurgia ou prescrever um remédio. Peço que os colegas fisioterapeutas façam o mesmo quando for prescrever terapia alternativa, peço que explique para os pacientes que tais terapias são apenas experimentais e paliativas, já que não alteram as causas de qualquer tipo de doença visceral ou psicossomática. Informo meus pacientes que gelo não cura artrite, apenas reduz sintomas de artrite. O que muitas vezes ajuda pacientes a reduzirem medicamentos que os mesmos não gostam de tomar. Espero que os praticantes de terapia craniosacral faça o mesmo quando admitir um paciente para tratar autismo ou diarreia. Sinto que meus pacientes são violados quando um cirurgião ortopédico faz uma cirurgia para corrigir uma protrusão de disco lombar sem explicar honestamente o prognóstico após a cirurgia ou envolver o paciente na decisão da cirurgia. Isto é uma violação clara de ética profissional (27, 29). O paciente tem o direito de saber seu prognóstico e a eficácia de uma droga ou uma cirurgia. Pacientes de fisioterapeutas não são exceções, eles tem o direito de saber se as propedêuticas de fisioterapeutas são adotadas em universidades ou são apenas ensinadas em institutos e escolas de nível técnico. Omissão de informação é anti-ético (27, 29). Como profissional da área de saúde peço a mesma ética para os colegas fisioterapeutas, sinto que pacientes são violados quando recebem tratamento craniosacral por um profissional que se apresenta como doutor, mas não tem a ética de explicar como tal tratamento é visto pela comunidade científica, afinal doutor é título de pessoas que tem educação científica na área de saúde. Num país onde muitos procuram centros espíritas para tratamento, talvez seja difícil entender o que escrevo. Entretanto, acupunturistas, técnicos osteopatas europeus, e médicos encarnados não tem código de ética e licença profissional. Se queremos o mesmo respeito profissional do médico, não vamos esquecer que pacientes tem o direito de saber da eficácia de terapia craniosacral ou osteopatia visceral quando praticado por um profissional licenciado e reconhecido pelos nossos CREFITOs.

Segundo, temos que pensar na saúde do paciente em qualquer decisão: first do not harm (26). Nossas decisões afetam a saúde de nossos pacientes. Ao praticarmos terapias para coisas que não somos treinados podemos cometer negligência profissional (29, 30). Fisioterapeutas não sabem interpretar um exame de laboratório que confirme ou explique o tipo ou a seriedade de patologias viscerais. Para um fisioterapeuta, diarreia pode não passar de um probleminha de indigestão, mas para um médico, isto pode ser o primeiro sinal de câncer no intestino. Para muitos fisioterapeutas, náusea pode ser um mal estar, mas para muitos médicos pode ser sinal de infecção do estômago. Para fisioterapeutas depressão e estresse psicológico pode ser tratado com massagem e umas palavras doces que levante o astral do paciente. Mas conversa fiada e massagem não modifica a causa orgânica e/ou psicológica de depressão e estresse. Se quer melhorar o astral do paciente, contem piadas para os mesmos e os encaminhem a um cinema. Tratar pacientes sem saber o que estamos fazendo e atrasar uma avaliação e tratamento apropriado de uma patologia visceral ou psicossomática é considerado negligência em países desenvolvidos (29, 30). Pessoas com depressão podem suicidar se não forem apropriadamente atendidos. Distúrbios de comportamento também podem ser um primeiro sinal de câncer no cérebro. In doubt don't, ou seja, no caso da dúvida não trate tais pacientes com patologias viscerais e psicossomáticas e os encaminhem à profissionais apropriados.

Terapia craniosacral

Por último, profissionais da área de saúde tem obrigação de ajudar pacientes a atingir objetivos plausíveis de tratamento visando a melhora de saúde dos mesmos (26). Um cirurgião quando coloca um joelho artificial num paciente explica ao mesmo que ele não poderá jogar futebol no futuro. Um cirurgião chega mesmo a recusar fazer uma cirurgia cardíaca se o candidato tiver vida muito sedentária ou fumar. Por que operar um paciente cardíaco que fuma já que o mesmo não vai melhorar e não tem objetivo realístico de melhora? O próprio cigarro aumenta o risco de complicações cirúrgicas e a recuperação do paciente. Nós que somos condecorados com cursos universitários de saúde temos o dever de usar nossa educação para fazer o paciente encarar a causa de seus problemas. Um médico nega a prescrição de medicamentos para elevar o astral do paciente. Quando fisioterapeutas fazem manipulação vertebral, eles explicam para o paciente que sem correção postural e modificação de atividades da vida diária os mesmos não vão melhorar. Fisioterapeutas de países desenvolvidos recusam uso de manipulação vertebral à pedidos de pacientes, quando os últimos negligentemente não tomam responsabilidade por suas posturas e exercícios de prevenção de problema mecânico vertebral. Usar terapia craniosacral para tratar estresse pode estar simplesmente ajudando um paciente a não lidar com seus problemas psicossociais. A recusa de tratamento vai fazer o paciente procurar ajuda de um profissional que realmente possa tratar as causas de seus problemas. Qual o benefício de um tratamento que não afeta causas de sintomas e encoraja o paciente a não lidar com seus problemas psicossomáticos ou viscerais? Qual o benefício de um tratamento para tratar estresse que pode ser substituído por uma viagem de férias ou ida ao cinema? Qual a educação de um fisioterapeuta para avaliar o progresso clínico de um paciente durante um tratamento de estresse? Se o objetivo da terapia craniosacral é apenas de confortar um paciente sem documentação válida de melhora do mesmo, talvez, um fisioterapeuta licenciado devesse encaminhar tal paciente aos seus parentes e amigos para não cobrar sobre tais serviços que podem ser realizados por qualquer leigo.

A regulamentação de Especialização em Fisioterapia e Terapia Manual nos Países Desenvolvidos

Osteopatia é uma ocupação na grande maioria de países europeus e ainda não tem um status de profissão universitária. A osteopatia inglesa, mãe de todas as escolas de osteopatia européias, apesar de reconhecida pelo governo inglês, não é reembolsada por 90% de companhias de seguro saúde na Inglaterra (31). Enquanto, fisioterapeutas não apenas são reconhecidos, mas praticam manipulação vertebral na Inglaterra e são pagos para isto. Infelizmente, por estar desinformado, o COFFITO decidiu reconhecer a especialização em terapia manual baseado numa ocupação que não tem código de ética ou nível universitário em vários países europeus. A Fisioterapia brasileira faz parte da World Confederation for Physical Therapy (WCPT). A WCPT tem uma subdivisão clínica e especialização em terapia manual: International Federation of Orthopedic Manipulative Therapy (www.omt.org). Como fisioterapeutas, acredito que deveríamos manter nossas origens e não seguir padrões de ocupações que não atingiram um status de profissão em seus próprios países, principalmente onde os padrões de prática de tais técnicos não evoluíram nos últimos 70 (osteopatia craniosacral) ou 100 anos (osteopatia visceral). Foi a ética profissional, nossa educação universitária, e nossa ciência que nos elevou ao status que hoje temos internacionalmente, e não livros que descrevem anedotas de consultório e ficção científica.

Não escrevo este artigo para criticar a qualidade da osteopatia européia, mas para reavaliarmos os padrões clínicos da prática da terapia manual osteopática européia e comparar os mesmos com a de fisioterapia internacional. Reconheço que o Dr. Still, pai da osteopatia, refinou e aperfeiçoou técnicas de terapia manual e abriu os olhos para a validade

das mesmas no tratamento de problemas músculo-esqueléticos. Acredito que técnicas osteopáticas de tratamento são muito eficiente no tratamento de problemas músculo-esqueléticos. Conheço osteopatas ingleses e americanos, acredito que os mesmos tem técnicas manuais bem mais refinadas do que as do falecido ortopedista James Cyriax (famoso médico britânico que ajudou a montar os padrões da IFOMT). Utilizem as técnicas que aprenderam de osteopatas europeus para tratar problemas músculo-esqueléticos. Entretanto, peço aos colegas brasileiros que praticam terapia manual para reconsiderar o uso de terapia manual para tratar problemas viscerais ou psicossomáticos ou pelo menos explicar para o paciente que tais propedêuticas são experimentais e não são internacionalmente reconhecidas pela comunidade científica. Vamos seguir os exemplos do fisioterapeuta norueguês Freddy Kaltenborn (outro fundador da IFOMT), com diplomas em quiropraxia e osteopatia, e tratar apenas problemas músculo-esqueléticos. A IFOMT agora já tem 17 países da América do Norte (EUA, Canadá), Europa (Reino Unido, Alemanha, Países Escandinavos, Suíça, Bélgica, entre outros), Ásia (Hong Kong), Oceania (Austrália e Nova Zelândia), e até a África (África do Sul). Afinal de contas estamos associados a uma associação internacional de fisioterapia (WCPT) e não a uma associação continental de osteopatia, que não incluiu os fundadores da osteopatia: os americanos. No mínimo temos que eticamente avaliar nossos padrões profissionais internacionais antes de adotar padrões de ocupações européias.

Aplaudo a decisão do COFFITO de reconhecer especialização em terapia manual. Da mesma forma que aplaudo a decisão do MEC de exigir a presença de mestres e doutores (Ph.D.) nas nossas universidades. O MEC fez tal exigência para que nossas universidades acompanhem padrões de ensinos de países desenvolvidos. Peço ao COFFITO para fazer o mesmo com nossos cursos de especialização, peça nossos doutores e mestres em ciência para reavaliar nossas especializações em terapia manual para que possamos seguir também o mais alto nível de prática clínica de países desenvolvidos. Técnicos não sabem a diferença de livros científicos para livros de ficção e de história com mitos. Bachareis de fisioterapia interpretam textos de ciência como evidência de prática clínica. Mestres e doutores de ciência básica e aplicada interpretam livros e textos de ciência como evidência para teorias que utilizamos para praticar nossa profissão. Os livros devem seguir o homem, e não o homem seguir os livros. Para crescermos num mundo moderno, temos que acompanhar a evolução de teorias de fisioterapia e medicina, de outra forma vamos ficar presos a ciência antiquada no século XIX que em países desenvolvidos já virou mito.

Peço, também ao COFFITO que reavalie a nomenclatura "especialização em osteopatia e quiropraxia." O nome da técnica é manipulação ou mobilização articular, e não osteopatia ou quiropraxia. Osteopatia e quiropraxia são profissões nos EUA e ocupações na grande maioria de países europeus. O Brasil agora já tem curso superior de quiropraxia competindo com a fisioterapia. Ninguém sabe se osteopatas vão no futuro se instalar no Brasil. O uso inadequado de "especialização em quiropraxia e osteopatia" pode fazer parecer que fisioterapeutas não praticam manipulação articular e até mesmo divulgar ocupações que venham a competir no mercado de trabalho com a fisioterapia no Brasil, como a quiropraxia já vem fazendo. Por último, como em países desenvolvidos, técnicos não ministram cursos de especialização para bacharéis em fisioterapia; peço ao COFFITO para avaliar credenciais educacionais, como o MEC, antes de permitir que estrangeiros ensinem terapia manual como especialização para fisioterapeutas brasileiros. Vamos fazer da terapia manual um especialização profissional séria como em países desenvolvidos e não uma ocupação sem fundamentos científicos; vamos nos comportar eticamente como profissionais de saúde e não como técnicos europeus ou quiropráticos americanos sem código profissional de ética ou com códigos de ética ultrapassados.

Referências:

1. Kuhn TS: The Structure of Scientific Revolutions. 3rd Ed. The University of Chicago Press, Chicago, 1996.
2. Paris SV: The History of Orthopedics and Manual Therapy, pp 29-48. In Paris, SV and Loubert PV: Foundations of Clinical Orthopedics, Division of Patris Inc., University of St. Augustine, 1990.
3. Bourdillon JE, Day ED, Bookhout MR: Spinal Malinulation (5^a ed.), pp. 1-12. Butterworth Heinemann Ltd., 1992.
4. Cervicogenic headache: manual and manipulative therapies. Current Pain & Headache Reports. 5 (4):369-75, 2001.
5. Eleraky MA, Apostolides PJ, Dickman CA, et al.: Herniated thoracic discs mimic cardiac disease: three case reports. Acta Neurochir (Vienna) 1998; 140 (7):643-646.
6. Lindahl O, Hamberg J. Angina pectoris symptoms caused by thoracic spine disorders: Neuro anatomical considerations. Acta Med Scand (Suppl) 1981;644:81-83.
7. Bechgaard P. Segmental thoracic pain in patients admitted to a medical department and a coronary unit. Acta Med Scand (Suppl) 1981;644:87-89.
8. Mellion LR & Ladeira CE: The Herniated Thoracic Disc, A Review of the Literature. Journal of Manual and Manipulative Therapy, 9 (3): 154-163, 2001.
9. Jooma R, Torrens MJ, Veerapen RJ, Griffith HB. Spinal disease presenting as acute abdominal pain: Report of two cases. Br Med J (Clin Res Ed) 1983;287(6385):117-118.
10. Portney LG e Watkins MP: The Roles of Theory in Clinical Research, pp 17-26. Foundations of Clinical Research. Applications to Practice. Appleton & Lange, Stamford, 1993.
11. Smith RV: Graduate Research. A Guide for Students in the Sciences. 3rd Ed., University of Washington Press, Seattle, 1998.
12. Albright J, Allman R, Bonfiglio RP, et al: Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Low Back Pain. Physical Therapy 81 (10): 1641-1671, 2001.
13. Levangie PK: Four clinical tests of sacroiliac joint dysfunction: the association of test results with innominate torsion among patients with and without low back pain. Physical Therapy. 79(11):1043-57, 1999.
14. Slipman CW, Sterefeld EB, Chou LH, et al.: The value of radionuclide imaging in the diagnosis of sacroiliac joint syndrome. Spine. 21(19):2251-4, 1996.
15. Colloca CJ, Keller TS. Electromyographic reflex responses to mechanical force, manually assisted spinal

- manipulative therapy. Spine. 26(10):1117-24, 2001.
16. Dishman JD, Bulbulian R. Spinal reflex attenuation associated with spinal manipulation. Spine. 25(19):2519-24, 2000.
17. Nansel D, Szlazak M: Somatic dysfunction and the phenomenon of visceral disease simulation: a probable explanation for the apparent effectiveness of somatic therapy in patients presumed to be suffering from true visceral disease. J Manipulative & Physiological Therapeutics. 18 (6):379-97, 1995.
18. Presnell JK e Schreiberman MP: Historical Overview of the Development of Microtechnology. Humason's Animal Tissue Techniques, 5th Ed, pp 3-7. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1997.
19. Afifi AK e Bergman RA: Cerebrospinal Fluid and The Barrier System, pp 557-573. Functional Neuroanatomy. McGraw Hill. New York, 1998.
20. Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM: Ventricular Organization of Cerebrospinal Fluid: Blood-Brain Barrier, Brain Edema, and Hydrocephalus. Principals of Neuroscience 4th Ed., pp 1288-1301, 2000.
21. Green C, Martin CW, Bassett K, et al: A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. Complementary Therapies in Medicine. 7(4):201-7, 1999.
22. Moran WR e Gibbons P: Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum. J Manipulative Physiol Ther; 24:183-90, 2001
23. Rogers JS, Witt PL, Gross MT, et al: Simultaneous palpation of the craniosacral rate at the head and feet: intrarater and interrater reliability and rate comparisons. Phys Ther. 78(11):1175-85, 1998.
24. Rogers JS, Witt PL: The controversy of cranial bone motion. J Orth & Sports Phys Ther. 26(2):95-103, 1997.
25. Clark PA: The ethics of alternative medicine therapies. J Public Health Policy. 21(4):447-70, 2000.
26. Sugarman J, Burk: Physicians' Ethical Obligations Regarding Alternative Medicine. JAMA 280 (18): 1623-1625, 1998.
27. Braddock, Clarence H, Edwards, et al: Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. JAMA. 282(24): 2313-2320, 1999 Dec 22-29.
28. Bohmert J, Moffat M, Zada C (editors): Guide to Physical Therapist Practice, 2nd Ed., APTA, Phys Ther 81: 9-744, 2001.
29. Studdert DM. Legal issues in the delivery of alternative medicine. Journal of the American Medical Womens Association. 54(4):173-6, 1999.
30. Benmeir P, Neuman A, Weinberg A, et al: Giant melanoma of the inner thigh: a homeopathic life-threatening negligence. Annals of Plastic Surgery. 27(6):583-5, 1991.

31. Thomas KJ. Nicholl JP. Coleman P: Use and expenditure on complementary medicine in England:
a
population based survey. Complementary Therapies in Medicine. 9(1):2-11, 2001.