

## MITOS E VERDADES DA TERAPIA MANUAL

[www.terapiamaneual.com.br](http://www.terapiamaneual.com.br)

*Com tantas informações e técnicas manuais disponíveis para o fisioterapeuta brasileiro, procuramos destacar dentro de alguns argumentos tradicionais, aquilo que é antigo e mitológico daquilo que é novo e científico.*

*1. Na Terapia Manual as mãos do terapeuta devem estar em contato com o paciente.*

Verdade. O contato das mãos do terapeuta é necessário para que a técnica produza um efeito terapêutico real (e não apenas o efeito terapêutico inespecífico, como aquele produzido pelo placebo). Portanto, técnicas como "Reiki" ou "Toque terapêutico" onde não existe o toque das mãos com o paciente, não são consideradas Terapia Manual. Técnicas que se utilizam apenas de instrumentos, como é o caso da acupuntura, também não se enquadram nesse grupo.

*2. Minha vértebra está rodada e eu preciso de uma manipulação para colocá-la no lugar.*

Mito. Ainda que o conceito seja popularizado e difundido por algumas escolas de Terapia Manual, sabemos com base em estudos científicos atuais que a posição de uma vértebra pode não ter nenhuma relação com disfunção. O corpo humano é assimétrico por natureza, e não simétrico. Pessoas normais, sem problemas de coluna, têm vértebras com alterações em sua morfologia ou posição (1,2,3,4). Alterações em discos intervertebrais também são achados clínicos comuns. Pessoas normais com frequência têm protrusões de discos, sem apresentar dor ou disfunções do tecido neural adjacente (5,6). Enquanto a posição de um segmento espinhal não é importante, seu movimento sim o é. Um segmento em disfunção terá uma alteração na quantidade e na qualidade do movimento (hipomobilidade ou hiperomobilidade) e/ou dor durante este (7,8). O objetivo do terapeuta, deve ser então, avaliar e tratar a MOBILIDADE da vértebra, e não sua posição.

*3. Por ser aplicada com as mãos, a Terapia Manual não tem riscos ou contraindicações.*

Mito. Todo procedimento terapêutico, desde repouso até uma manipulação cervical, tem contraindicações. Ainda que muitos ensinem apenas os benefícios "fantásticos" das técnicas, quando mal aplicadas, estas também podem ser lesivas. O fisioterapeuta deve aprender a Terapia Manual com profissionais com formação acadêmica adequada, que sabem apropriadamente instruir sobre a segurança de sua aplicação.

*4. A Terapia Manual deve ser aplicada com força para se "colocar no lugar" algo que estava "fora do lugar".*

Mito. Parte da afirmação é meia verdade já que em alguns casos de subluxação uma técnica manual pode relocar um segmento deslocado (ex: subluxação de cubóide (9)). Entretanto, sabemos que na maioria dos casos não há alteração da posição de um segmento ou articulação após a aplicação de técnicas manuais (mas há redução dos sintomas e melhora do movimento) (10). Não se pode negar que os efeitos mecânicos existam (e aí se inclui melhora

da perfusão do líquido sinovial, rompimento de adesões, etc), mas atualmente sabemos que os efeitos neurofisiológicos são potentes e são cada vez mais considerados como explicação para a resposta produzida pelas técnicas. Durante estas há uma estimulação sensorial aferente dos receptores de articulações, músculos e pele que entram no corno dorsal da medula, induzem atividade nos circuitos locais espinhais, e ascendem para os centros cerebrais superiores onde ativam núcleos que modulam a dor, tônus muscular e atividade do SNS (11,12,13). O resultado é a melhora da dor, do movimento e da reparação tecidual (14,15).

*5. A Terapia Manual pode ser usada para tratar doenças sistêmicas ou problemas viscerais.*

Mito. Algumas escolas de terapia manual pregam seu uso em diversas patologias e doenças não pertinentes ao sistema neuro-músculo-esquelético, como disfunções viscerais, problemas respiratórios, hormonais ou gastrointestinais. As evidências atuais comprovam que isso não é verdade e que, a pequena melhora (e transitória) que alguns pacientes podem ter após a aplicação da técnica se dá apenas devido a crença no benefício do procedimento (placebo). Alguns exemplos são os estudos que mostram a ineficácia da manipulação no tratamento da asma (16,17), nas alterações hormonais (18), e nas inflamações de ouvidos em crianças (otite) (19). Considerando que a Terapia Manual é ineficaz nestas condições, que há um risco associado à sua aplicação e que há tratamentos médicos eficazes para elas, seu uso nestas deve ser condenado.

*6. A Terapia Manual é mais eficaz do que a fisioterapia tradicional no tratamento de problemas de coluna.*

Verdade. A conclusão obtida pelas últimas revisões da literatura científica no que concerne a aplicação de técnicas de terapia manual nas disfunções da coluna concluiu que estas técnicas são mais eficazes do que fisioterapia tradicional (eletroterapia, alongamento, fortalecimento...), cuidados médicos (medicação, repouso) e placebo (crença na melhora) (20,21,22).

*7. É necessário o uso continuado da Terapia Manual para que seus efeitos benéficos sejam mantidos.*

Mito. Estudos mostraram que algumas sessões de técnicas manuais produzem benefícios e que estes são mantidos mesmo após 12 meses (23).

(1) Ross, J. K., Bereznick, D. E., & McGill, S. M. (1999). Atlas-axis facet asymmetry. Implications in manual palpation. *Spine*, 24(12), 1203-1209.

(2) Van Schaik J, Verbiest H, Van Schaik F. (1989) Isolated spinous process deviation: a pitfall in the interpretation of AP radiographs of the lumbar spine. *Spine* 14: 970-976.

(3) Gore DR, Sepic SB, Gardner GM. (1986). Roentgenographic findings of the cervical spine in asymptomatic people. *Spine* 11: 521-524.

(4) Gay RE. (1993). The curve of the cervical spine: variations and significance. *JMPT* 16: 591-594.

- (5) Borenstein DG, O'Mara JW Jr, Boden SD, Lauerman WC, Jacobson A, Platenberg C, Schellinger D, Wiesel SW. (2001). The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects : a seven-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am*. Sep;83-A(9):1306-11.
- (6) Gorman WF, Hodak JA. (1997). Herniated intervertebral disc without pain. *J Okla State Med Assoc*. May-Jun;90(5):185-90.
- (7) Lund T, Nydegger T, Schlenzka D, Oxland TR. (2002). Three-dimensional motion patterns during active bending in patients with chronic low back pain. *Spine*. Sep 1;27(17):1865-74.
- (8) Hagen KB, Harms-Ringdahl K, Enger NO, Hedenstad R, Morten H. (1997). Relationship between subjective neck disorders and cervical spine mobility and motion-related pain in male machine operators. *Spine*. Jul 1;22(13):1501-7.
- (9) Marshall P, Hamilton W. (1992). Cuboid subluxation in ballet dancers. *Am J Sports Med* 20(2): 169-175.
- (10) Zhao P, Feng TY. (1996) The biomechanical significance of herniated lumbar intervertebral disk: a clinical comparison analysis of 22 multiple and 39 single segments in patients with lumbar intervertebral disk herniation. *J Manipulative Physiol Ther*. 19(6):391-7.
- (11) Sterling, M., Jull, G., & Wright, A. (2001). Cervical mobilisation: concurrent effects on pain, sympathetic nervous system activity and motor activity. *Man Ther*, 6(2), 72-81.
- (12) Dishman JD, Bulbulian R. (2000). Spinal reflex attenuation associated with spinal manipulation. *Spine* 25(19):2519-24;discussion 25.
- (13) Vicenzino B, Collins D, Benson H, Wright A. (1998) An investigation of the interrelationship between manipulative therapy-induced hypoalgesia and sympathoexcitation. *JMPT: Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 21(7):448-53.
- (14) Souvlis T, Wright A. (1997). The tolerance effect: its relevance to analgesia produced by physiotherapy interventions. *Physical Therapy Reviews* 2(4):227-37.
- (15) Vernon H. (2000). Qualitative review studies of manipulation-induced hypoalgesia. *J Manip Physiol Ther* 23(2): 134-138.
- (16) Nielsen NH, Bronfort G, Bendix T, Madsen F, Weeke B. (1995). Chronic asthma and chiropractic spinal manipulation: a randomized clinical trial. *Clin Exp Allergy*. Jan;25(1):80-8.
- (17) Balon J, et al (1998). A comparison of active and simulated chiropractic manipulation as adjunctive treatment for childhood asthma. *New Engl Med J* 339(15): 1013-1020.
- (18) Kokjohn K, Schmid DM, Triano JJ, Brennan PC. (1992). The effect of spinal manipulation on pain and prostaglandin levels in women with primary dysmenorrhea. *J Manipulative Physiol Ther*. Jun;15(5):279-85.

- (19) Sawyer CE, Evans RL, Boline PD, Branson R, Spicer A. (1999). A feasibility study of chiropractic spinal manipulation versus sham spinal manipulation for chronic otitis media with effusion in children. *J Manipulative Physiol Ther.* Jun;22(5):292-8.
- (20) Shekelle et al (1992). Spinal manipulation for low-back pain. *Annals of Internal Medicine* 117(7): 590-98.
- (21) Bronfort G (1999). Spinal manipulation: current state of research and its indications. *Neurol Clin* 17(1): 91-111.
- (22) van Tulder MW et al (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 22(18): 2128-56.
- (23) Jull G. (2001) The physiotherapy management of cervicogenic headache: a randomized clinical trial. [Unpublished PhD]: University of Queensland.