



**ipluso**

INSTITUTO  
POLITÉCNICO  
DA **LUSOFONIA**

# Toque

## Várias Conceptualizações e Osteopatia Clássica

**Alunos:** José Teixeira, Marco Silvestre, Miguel Otero,  
Hélder Cunha, Vítor Pereira

**Unidade Curricular:** Psicologia e Comunicação em Saúde

**Formação:** Formação Complementar em Osteopatia

**Ano letivo:** 2020/2021

## **Introdução**

Certamente, a terapia manual existe desde a antiguidade (Mahanam-Sthavíra, 1998) intimamente ligada, de forma constante e interdependente, ao toque terapêutico. É plausível que tenha evoluído biologicamente desde o contato físico, nomeadamente dos patamares da catação social em primatas/humanos ainda numa fase da pré-linguagem (Dunbar R. , 2002). A longa ligação relativa ao aleitamento é um fator crucial em todo o processo de contato continuado. (Dunbar R. , 2010)

Atualmente, com um significado interpessoal e social, mais complexo, a noção de Toque Terapêutico aparece ligado a várias profissões de saúde humana, com a finalidade de tratar uma condição, quer um estado geral (stress) ou condição específica (dor músculo-esquelética), embora atribuam definições bastante diferenciadas.

Nas Terapias Manuais como a Osteopatia, a Fisioterapia, a Quiropraxia e outras como a Massagem, o toque terapêutico refere-se ao toque em concreto pela mão do operador no corpo do utente, definindo-se assim como terapia manual/manipulativa.

A enfermagem recorre ao Toque Terapêutico, marca registada no Canadá (Andrewes, 2003), referenciando-se ao campo energético do individuo, recorre ao Reiki (Lee, MS 2008), que se designa por Toque Terapêutico Sem Toque (TTST). Estas práticas têm origem no ritual religioso de “imposição de mãos” (Moreno, 2009), e baseiam-se em princípios vitalísticos (Williams, 2003).

Para se entender os fundamentos do Toque Terapêutico no contexto da Terapia Manual, expõe-se uma contextualização, em que se aborda a sua evolução histórica, o estudo das suas bases fisiológicas e efeitos funcionais.

Neste sentido, entendemos ser fundamental explorar a fundamentação cognitiva do *modus-operandis*, quer por parte do utente quer do terapeuta, na forma como o Toque Osteopático é executado, o seu sentido e como opera, para melhor compreendermos a fundamentação de “Toque” pela Osteopatia Clássica.

## **Desenvolvimento**

Sinergizando o conhecimento adquirido na Disciplina de Psicologia e Comunicação em Saúde e da Osteopatia, pela nossa formação e experiência

profissional, pretendemos com o presente trabalho contribuir para o enriquecimento do conhecimento sobre o Toque Osteopático.

## **As diferentes designações**

### **Enfermagem**

O Toque Terapêutico (TT), diferente de Terapias de Toque (Montagu, 1988), conhecido como Toque Terapêutico Sem Contato (TTSC) (Andrewes, 2003), é um tipo de cura pela imposição das mãos e pela fé, tem por base as técnicas do reiki ("energia espiritual; energia vital; força vital"). Apesar de não reconhecido pela ciência e medicina, esta prática de origem Budista é praticada em hospitais, alegando promover curas, reduzir dores e ansiedade, atuando no campo bioenergético sobre o corpo do utente que estimula o sistema imunitário (Castro, Santos, Silva, & Morita, 2005)

De acordo com Roxo (2008), na sua investigação afirma que *“colocou em evidência a arte e a ciência de cuidar com recurso ao toque, necessária para cuidar da pessoa de forma integrada”*. Frisando que há reconhecimento pela comunidade científica do toque terapêutico e demonstrou a existência de benefícios tais como *“segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, preocupação, tranquilização, encorajamento, desejo de ajudar, desejo de se envolver”* (Roxo, 2008).

### **Estética**

Com o intuito de estimular a reflexão dos profissionais da área de estética sobre a importância do toque humanizado e da utilização do mesmo, Santos *et all* (2017) afirmam que *“o toque apresenta efeitos positivos ao utente se aplicado com atenção e dedicação nos tratamentos de estética, onde através do toque ocorre a liberação de substâncias químicas, estimuladas pelo sistema nervoso e que podem causar reações físicas e emocionais”*, e que *“o toque visa o bem-estar do utente, potencializando os resultados do tratamento, ressaltando que o utente é um conjunto de corpo e mente”*.

### **Massoterapia**

Santos e Severiano (2011) no seu estudo sobre o toque na massoterapia referem que *“o toque no dia-a-dia ou o toque terapêutico nas massagens é uma manifestação de*

*afeto às crianças, idosos e adultos, dando a capacidade de construir relacionamentos seguros e que proporcionam bem-estar físico psíquico e social”, assim como “proporciona além do relaxamento, percepção corporal, e tratamento de inúmeras funções e doenças”.*

## **Osteopatia**

A osteopatia baseia-se na avaliação e tratamento manual, em que o **"toque"** tem um papel fundamental na manipulação clínica, recorrendo a técnicas de diagnóstico e de terapêutica, para promover a adaptação e apoiar a homeo/alostase que foi alterada pela função prejudicada dos componentes esqueléticos, articulares e miofasciais da estrutura corporal e os elementos vasculares, linfáticos e neurais relacionados (Português, 2014).

O **"Toque Osteopático"** tem a capacidade de interagir com estruturas neurológicas por meio da estimulação das cadeias simpáticas da coluna dorsal, modificando positivamente os processos interoceptivos que ocorrem na região insular e consequente influência no organismo (Manzotti, et al., 2020).

Este, distingue-se pela introdução de uma nova noção, a de **“ferramenta de trabalho”** tal como afirma Barrington (2014). Esta “ferramenta” é definida por Waldman, na terminologia osteopática, como **“manipulação”**, referindo-se ao *“uso ativo das mãos sobre a anatomia do corpo para afetar a mudança na estrutura e função do corpo”* (Waldman, 2013, p. 21).

## **Fenómenos cognitivos subjacentes à terapia manual**

Na prática o problema, que é objeto ou a objetificação, mais comum da terapia manual é a dor do utente. Esta por sua vez é uma entidade omnipresente, mas eminentemente subjetiva e com contornos pouco precisos. Antes considerada num sentido específico, um *input* do corpo para o cérebro, a dor é considerada uma saída do cérebro para a sua própria percepção consciente em resposta a uma ameaça percebida.

## **Pareidólia**

Na tentativa de perceber e resolver a dor do outro, o terapeuta manual socorre-se de vários padrões sensoriais próprios do seu utente. Na sua prática tende a encontrar um

significado; por vezes evocado por uma Pareidólia, (fenómeno psicológico que envolve um estímulo vago e aleatório, geralmente uma imagem ou som), percebida como algo significativo. O ato pelo qual o cérebro interpreta incorretamente os padrões de luz, sombras ou texturas como sendo padrões familiares, como rostos ou formas humanas, geralmente observados através da área de visão periférica, pode consubstanciar, no caso das terapias manuais, os erros de avaliação postural e de ilusão palpatória (Albuquerque, 2017; Teixeira, 2017).

### **Apofenia**

A Pareidólia alia-se ao conceito da Apofenia, que é a experiência de ver padrões ou conexões significativas em dados aleatórios ou sem sentido. O termo Apofenia foi cunhado em 1958 por Klaus Conrad, que o definiu como a "visão desmotivada de conexões" acompanhada por uma "experiência específica de um significado anormal", mas passou a representar a tendência humana de buscar padrões aleatórios na natureza em geral, como com jogos de azar, fenómenos paranormais, religião e até mesmo tentativas de observação científica (Albuquerque, 2017; Teixeira, 2017).

### **“Einstellung” (Configuração/Ajuste)**

Por sua vez, o termo “Einstellung” (Configuração/Ajuste) é o desenvolvimento de um estado de espírito mecanizado com o objetivo comum de solução de problemas. Pode ser entendido como predisposição de uma pessoa para resolver um determinado problema de uma maneira específica, embora existam métodos "melhores" ou mais apropriados para resolver o problema. O efeito “Einstellung” é o efeito negativo da experiência anterior ao resolver novos problemas (Bilalic, McLeod, & Gobet, 2010).

### **Fixação Funcional**

Outro fenómeno semelhante ao de “Einstellung” é a Fixação Funcional de Karl Duncker, psicólogo alemão. Na fixidez funcional há uma habilidade prejudicada de descobrir um novo uso para um objeto, devido ao uso anterior do objeto pelo sujeito num contexto funcionalmente diferente. Também pode ser considerado um viés cognitivo que limita uma pessoa a usar um objeto apenas da forma como é tradicionalmente usado. Duncker, também apontou que o fenómeno ocorre não apenas

com objetos físicos, mas também com objetos mentais ou conceitos (Bilalic, McLeod, & Gobet, 2010).

## **Modelo de Operador e Modelo de Interator**

Na atualidade a terapia manual consubstancia-se a dois modelos:

- MODELO DE OPERADOR
- MODELO DE INTERATOR

As “intervenções do modelo do operador” visam o “corpo”, caracterizando-se por "o profissional conhece melhor". O utente pode ser informado, mas o plano de tratamento é bem usado e não está particularmente sujeito a debate (Hertzman, 2016).

As "intervenções do modelo de interação" são aqueles que incluem o próprio utente e sua consciência, procuram obter permissão e cooperação, ou seja participação ativa. O utente aprende que detém o *locus total* de controlo e como usá-lo. Eles são incentivados a fornecer *feedback* e pensar em possíveis alterações no plano por si próprios. O terapeuta e o utente, traçam um caminho juntos, ao longo do tempo. (Jacobs & Silvernail, 2013)

## **Modelo de Toque ou Modelo Operador**

O “Modelo de Operador”, é um modelo com dois intervenientes, terapeuta e utente, assumindo um tipo de terapia que é implicitamente aceite pelo utente, com intenção de ser terapêutica (Hertzman, 2016).

Este modelo assenta numa estrutura derivada da camada da mesoderme, genericamente ligado a técnicas de massagem recorrendo a um modelo ortopédico, a manipulação e a mobilização. Este é necessário para transmitir informações de uma geração de terapeutas manuais para outra.

A neurociência moderna revela que os cérebros dos utentes produzem efeitos que se projetam para o corpo/consciência dos utentes. Existem muitos tipos de efeitos placebo e efeitos de modulação descendente (Hertzman, 2016).

Se formos inteiramente objetivos, perceberemos que, em termos de toque, tudo o que podemos realmente pôr nas nossas mãos é a pele. A pele, no entanto, como órgão de múltiplas funções, percepções e interpretações sensoriais, permite que o toque transcenda os estímulos físicos em comunicações fisiológicas, químicas e estados psicológicos ricos de sentimentos e emoções (Gérard Peyrefitte, 1998; Toledo, 2004; Sampaio & Revetti, 2007). O toque não afeta apenas o sistema tegumentar, mas sim recetores somáticos dérmicos sob o controle do sistema nervoso, ligando-o a um complexo e completo sistema celular, onde dinâmicas de fluidos fazem ativar hormonas e neurotransmissores (Montagu, 1988).

O toque implica também a possibilidade de manipular, introduzindo e atuando com forças mecânicas sobre o corpo de modo a influenciar a sua capacidade funcional inerente, podendo interagir nas relações das camadas e estruturas internas e interferir na fisiologia e psique do utente. Embora não seja possível tocar diretamente nenhuma estrutura anatómica interna, tem certamente a capacidade acrescida de gerar imagens mentais, emoções, sentimentos e evocação de memórias (Montagu, 1988).

Sendo estas as características próprias e específicas de Terapias Manuais como a osteopatia, a quiroprática e terapia manual da fisioterapia, o toque tem um objetivo clínico preciso, de cariz músculo-esquelético, visceral ou psicológico, de acordo com a condição do utente. Assim o toque tem uma função de transdução mecano-fisiológica, segundo princípios biofísicos (Ingber D. E., 2003; Ingber D. E., 2008; Pruitt, Dunn, Weis, & Nelson, 2014). Por sua vez o terapeuta assume de uma forma quase plena o *locus de controle*.

### **Modelo de Interação**

O “Modelo de Interação” que é considerado um modelo de tratamento com dois intervenientes, terapeuta e utente, onde a objetificação ou reificação são deliberadamente minimizadas. Ambas as partes optam por lidar diretamente com a dor do utente e a função do sistema nervoso, num processo que pretende ser terapêutico, baseando-se na interação (Jacobs & Silvernail, 2013).

O modelo de terapia manual do "interator" deve abranger novas pesquisas em neurologia e ciência da dor, contudo não substituirá ou eliminará totalmente, podendo até conter, modelos de operador. Alinhando-se com os avanços em placebo, cognição e

pesquisa de consciência humana, não tem que "provar" qualquer confiabilidade ou validade entre avaliadores visto que o tratamento é, por definição, individualizado (Jacobs & Silvernail, 2013).

Neste modelo, os terapeutas interagem com os utentes para auxiliar a sua aprendizagem. As pessoas mantêm seu próprio *locus de controle*, em que os terapeutas são vistos mais como consultores ou conselheiros. A mente consciente/função cognitiva de um utente é considerada intacta em todos os momentos e parte de todo o processo.

Nada pode acontecer, realmente, sem o envolvimento e cooperação da pessoa totalmente desperta e consciente que recebe a ajuda (Jacobs & Silvernail, 2013).

Está assim mais próximo dos processos de “grooming” social (Dunbar R. , 2010) verificado noutras criaturas, caracterizando-se por ser um contrato natural e livremente firmado para redução do stress, aproximando-se de uma visão biopsicossocial. Evidentemente, o toque continua a assumir uma importância fundamental no âmbito deste modelo.

## Discussão

Observamos que para além dos Terapeutas Manuais como fisioterapeutas, osteopatas, quiropratas e massagistas; os enfermeiros utilizam o toque como forma de comunicação global, utilizando-o nas suas intervenções, pois têm presente a perspetiva holística do doente, para tal têm desenvolvido o método "Therapeutic Touch" (Andrewes, 2003), com origem na Teosofia nos anos 70, no entanto têm encontrado dificuldades em fazer prova da sua eficácia perante a ciência e a medicina da evidência (Astin, Harkness, & Ernst, 2000; Rosa L, 1998).

Confrontando o Toque terapêutico supra exposto e integrando a noção de toque terapêutico definido pela Osteopatia Clássica, este remete-nos para uma realidade concreta desse mesmo toque na visão dos pioneiros da Osteopatia como Andrew Taylor Still, seu fundador (Still, 1902), e o seu melhor discípulo John Martin Littlejohn, de acordo com Wernham (2003), que desenvolveu a investigação mecano-fisiológica da osteopatia transcrita na Carta dos Centros Osteopáticos (Wernham & Hall, 1998, p. 74).

Tal construção, deveu-se á observação clínica de Littlejhon que afirma, de acordo com o tipo de toque, este poderia produzir uma atividade estimulatória ou



inibitória, sobre as áreas descritas, de funções biológicas do corpo humano, estas eram conduzidas via sistema nervoso periférico até ao sistema nervoso central (troficidade neurológica), onde a partir daí se obtinham respostas vasomotoras e visceromotoras. Littlejohn afirmou também que a osteopatia tem como base terapêutica a integração pelo ajuste do corpo, e que todo e qualquer toque ou estímulo biomecânico aplicado sobre o corpo humano deveria ter sempre como objetivo uma conversão fisiológica tanto em função como na atividade (Wernham, 2008).

Neste sentido, o toque osteopático assume uma noção diferente das anteriormente expostas, a de “ferramenta de trabalho” tal como afirma Barrington (2014). Para o Osteopata a dor resulta de uma função/disfunção do sistema nervoso, o objetivo da osteopatia é incitar a diminuição da dor e a cura do utente através do seu toque/manipulação. Apresenta assim afinidade com o “modelo do operador”.

No entanto para o Osteopata o estudo da sua relação, compreensão e comunicabilidade com o utente é um ponto fundamental, conforme supra exposto na fundamentação cognitiva da relação e perceção humana, baseado nas noções de Pareidólia, Apofenia, “Einstellung” e Fixação Funcional.

Assim como, na abordagem ao utente quer a nível técnico/afetivo, e as conceções percetivas, fundamentado nos modelos adotados com o utente ao longo do tempo. Optando-se pelo **Modelo Operador**, onde o terapeuta assume de uma forma quase plena o *locus de controle*, de acordo com a condição do utente, onde o toque tem um preciso objetivo clínico, de cariz músculo-esquelético, visceral ou psicológico, tendo como função uma transdução mecano-fisiológica, ou pelo **Modelo de Interação**, onde o utente mantém o seu próprio *locus de controle*, e a mente consciente/função cognitiva do utente é considerada intacta em todos os momentos e parte de todo o processo, sendo que os terapeutas são consultores ou conselheiros.

A presente revisão de literatura trouxe informações importantes à noção de Toque Terapêutico, enquanto arte de cura bioenergética, e de Toque Osteopático, enquanto mecanismo de mecanotransdução com o objectivo de obter uma resposta homeostática quer fisiológica, quer mecânica, quer psíquica segundo Littlejohn, de acordo com Wernham (2003). Deste modo, os princípios da Osteopatia Clássica incluem sem conflito os modelos apresentados (operador/interação) e a força das leis

naturais. Podemos afirmar que nos permitem regressar à própria natureza primitiva do contato humano - num contínuo de suave e eficaz toque terapêutico.

## Conclusão

Das diferentes conceptualizações apresentadas sobre toque terapêutico, podemos concluir que as áreas de saúde humana aqui investigadas têm um objetivo comum, promover o bem-estar do utente, seja uma abordagem relaxante, músculo-esquelética, energética ou mesmo psico/afetiva. Como afirma Roxo (2008), “*segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, preocupação, tranquilização, encorajamento, desejo de ajudar, desejo de se envolver*”. Como afirma Santos et al (2017) “*visa o bem-estar do utente, potencializando os resultados do tratamento, ressaltando que o utente é um conjunto de corpo e mente*”. Ou então como afirma Santos e Severiano (2011) “*proporciona além do relaxamento, percepção corporal, e tratamento de inúmeras funções e doenças*”.

Contudo, há mais de 100 anos os pioneiros da osteopatia tinham o Toque Osteopático bem definido e descrito no seu sentido homeo/alostase, tendo como princípio fundamental a observação do ser humano numa perspetiva de corpo, mente e espírito. Perceberam muito cedo que seria necessário criar empatia - **Modelo Interator** - com o utente na sua comunicabilidade, mas nunca deixando ao mesmo tempo de perceber qual o sentido terapêutico exato do seu toque - **Modelo Operador**.

Concluimos que, o Toque Osteopático tem como objetivo a funcionalidade biomecânica, fisiológica e psíquica do utente com um último propósito de restabelecer a saúde integral do corpo por um **Processo de Integração** (coordenação & correlação, de estruturas e funções) destacando-se pela cientificidade osteopática que o fundamenta e o define (Wernham, 2003; Wernham, 2008; Waldman, 2013).

## Bibliografia

- Albuquerque, T. d. (19 de 7 de 2017). *Pareidólia e Apofenia*. Obtido em 15 de 12 de 2020, de Disign Culture.
- Andrewes, P. (29 de 4 de 2003). *Patente N.º 1036866*. Canadá - Nova Scotia.
- Astin, J. A., Harkness, E., & Ernst, E. (2000). The efficacy of "distant healing": a systematic review of randomized trials. *PubMed*, 132(11):903-10.
- Barrington, A. (2014). *Contacting with Clarity –The communicative purposes of osteopathic touch*. New Zealand: Unitec New Zealand.
- Bilalic, M., McLeod, P., & Gobet, F. (2010). The Mecanism of the Einstelling(set) Effect: Apervasive Source of Cognitive Bias. *APS- Association for Psychological Science*.
- Castro, M., Santos, M., Silva, P., & Morita, A. (2005). *Toque Terapêutico (Método Krieger-Kunz): Produção Científica de Enfermagem de 1996 a 2005*.
- Damásio, A. (2013). *O sentimento em si*. Lisboa: Temas e Debates.
- Dunbar, R. (2002). *Grooming, Gossip, and the Evolution of Language*. Cambridge , Massacusetts EUA: Harvard University Press.
- Dunbar, R. (2010). The social role of touch in humans and primates: Behavioural function and neurobiological mecanismos. *Neurociencia&Biobehavioural Reviews*, 260-268.
- Elkiss, M. L., & Jerome, J. A. (2012). Touch—More Than a Basic Science. *JAOA*, 112.
- Gérard Peyrefitte, M.-C. M. (1998). *Cosmetologia - Biologia Geral, Biologia da Pele*. São Paulo: Andrei.
- Gil, F. (1996). *Tratado da Evidencia*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Gil, F. (1999). *A Ciência Tal Qual se Faz*. Lisboa: Edições João Sá da Costa.
- Hertzman, Y. M. (2016). *The role of touch in manual therapy - an integrative literature review*. Pori - Finlândia: SAMK.
- Husserl, E. (2012). *Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental*. Rio de Janeiro: Forence Universitária.

- Ingber, D. E. (2003). Mechanobiology and diseases of mechanotransduction. *PubMed*, 35(8):564-77. doi: 10.1080/07853890310016333.
- Ingber, D. E. (2008). Tensegrity and Mechanotransduction. *NCBI*, 12(3):198-200.
- Jacobs, D. F., & Silvernail, J. L. (2013). Therapist as operator or interactor? Moving beyond the technique. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 120-121.
- Kuhn, T. S. (2009). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. Lisboa : Guerra & Paz.
- Lederman, E. (2001). *Fundamentos da Terapia Manual*. São Paulo: Manole.
- Littlejohn, J. M. (2007). *The Fundamentals of Osteopathic Technique*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Mahanam-Sthavira, T. (1998). *The Mahavamsa - The Great Chronicle of Sri Lanka*. Fremont - California EUA: Asian Humanities Press.
- Manzotti, A., Cerritelli, F., Lombardi, E., Rocca, S. L., Chiera, M., Galli, M., et al. (May de 2020). Effects of osteopathic treatment versus static touch on heart rate and oxygen saturation in premature babies: A randomized controlled trial. *Science Direct - Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39.
- Montagu, A. (1988). *Tocar - O Significado Humano da Pele*. São paulo: Editora Summus.
- Moreno, G. (7 de 12 de 2009). *Imposición de manos en el hospital*. Obtido em 14 de 11 de 2020, de [www.diariodecadiz.es](http://www.diariodecadiz.es): [https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/Imposicion-manos-hospital\\_0\\_321268433.html](https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/Imposicion-manos-hospital_0_321268433.html)
- Pacheco, S., Viegas, S., & Rosa, Z. (29 de Setembro de 2007). *Toque Terapeutico-fundamentação e aplicabilidade em enfermagem*. Obtido em 22 de Dezembro de 2020, de [forumenfermagem.org](http://forumenfermagem.org).
- Paulos, S. (1999). *osteopathichistory.com/pagessite2/LifeChronology.html*. Obtido em 12 de 12 de 2020, de [www.osteopathichistory.com](http://www.osteopathichistory.com).
- Popper, K. (1997). *O Realismo e o Objetivo da Ciência*. Lisboa: Dom Quixote.
- Popper, K. (2009). *O Conhecimento e o Problema Corpo-Mente*. Coimbra: Edições 70.

- Português, G. (8 de 10 de 2014). Portaria nº 207-B/2014 de 8 de Outubro. *Diário da República, 1ª Série - nº194*, pp. 5176-(3).
- Pruitt, B. L., Dunn, A. R., Weis, W. I., & Nelson, W. J. (2014). Mechano-Transduction: From Molecules to Tissues. *PLOS - Biology*.
- Rosa L, R. E. (1998). A close look at therapeutic touch. *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, 279 (13): 1005-10.
- Roumi, C. (2015). *Lumière sur L'Osteopathy*. Maubec - France: Claude Roumi, 2014.
- Roxo, J. R. (2008). O Toque na prática clínica. *Revista Referencia*, nº 6.
- Sampaio, S., & Revetti, E. (2007). *Dermatologia*. São Paulo: Arte Médica.
- Santos, A. A., Mercer, D., & Tozo, F. (9 de 6 de 2017). O benefício do toque.
- Santos, G. J., & Severiano, M. I. (2011). A importancia do toque terapeutico. *FIEP BULLETIN*, 81, ARTICLE II.
- Still, A. T. (1902). *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. Kansas City - MO - EUA: Hudson Kimberly Pub . CO.
- Still, A. T. (1908). *Autobiography of A. T. Still*. Kirksville - MO - EUA: Autor.
- Teixeira, T. S. (2017). *A sincronicidade: Entre a psicopatologia e o transcendente*. Portugal: Repositório ISPA.
- Thomaz, A. L., Prado, B. d., Silva, R. d., Chaves, É. d., & Lunes, D. H. (2014). Pesquisa clínica com o Toque Terapêutico: uma revisão sistemática. *Scientia Medica*, 24(4):404-410.
- Toledo, A. (2004). *Tratado de Medicina - Pele e anexos*. São Paulo: Roca.
- Trowbridge, C. (2012). *Andrew Talor Still, 1828-1917*. (E. F. Bustillo, Ed., & A. C. Santalices, Trad.) Ashford - Kent - UK: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Turner, F. J. (2018). *O significado da Fronteira na História Americana*. Book Cover Editora.
- Waldman, M. (2013). *Classical Osteopathy*. Horsham - West-Sussex - UK: Institute Of Classical Osteopathy.

- Wernham, J. (2003). *Conferencias sobre Osteopatia Volumen II* (Espanhola ed.).  
Maiston - Kent - GB: John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J. (2008). *Conferencia Sobre Osteopatia I* (Vol. I). (Espanhol, Trad.)  
Maidstone - Kent - UK: John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Wernham, J., & Hall, T. E. (1998). *The Contribution of John Martin Littlejohn to Osteopathy*. Maidstone - GB: The John Wernham College of Classical Osteopathy.
- Williams, E. A. (2003). *A Cultural History of Medical Vitalism in Enlightenment Montpllellier*. New York: Routledge.