



Seminário TIQ1

Marcio Luiz Tosi



Sistema de diagnóstico e tratamento centrado na análise do comprimento dos membros inferiores, determinando o momento de ajustar as articulações.

Forma de exame à procura de subluxações articulares, onde a manipulação é realizada por um instrumento de baixa intensidade.

Consiste em gerar o equilíbrio do corpo através de manipulações precisas e unidirecionais de baixa potência no sentido da correção da disfunção neuro articular.

Elimina bloqueios estruturais, alterações posturais, dores agudas e crônicas, com ajuda de um instrumento mecânico que produz uma vibração simples, suave e eficaz, sem estresse para o paciente.

- ✓ Activator Methods Chiropractic Technique
- ✓ Atlas Orthogonal
- ✓ Applied Kinesiology
- ✓ Torque Release Technique
- ✓ Impulse Adjusting System
- ✓ Chiropractic Manipulative Reflex Technique
- ✓ Osteopatia Craniana e Viscera
- ✓ Equilibrio Neuro Muscular Soulier

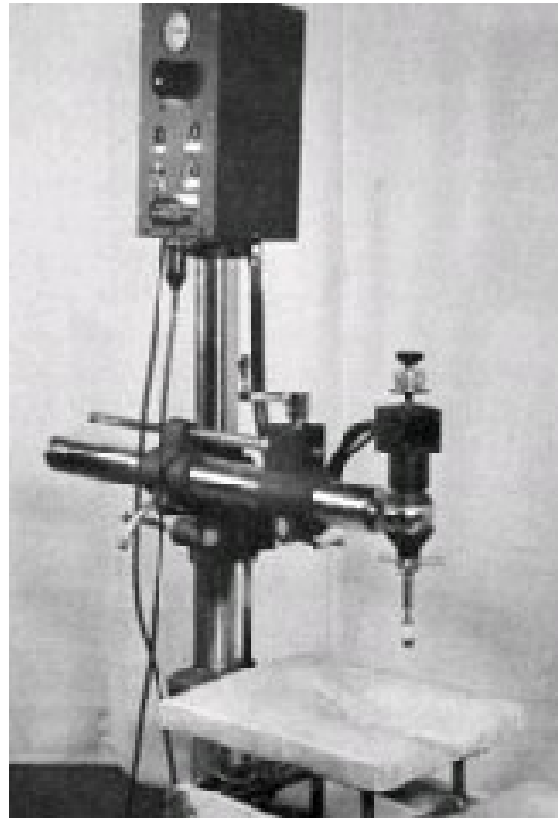
Evidências

Em 1901 Thomas Storey desenvolveu um instrumento de cicatrização magnética e posteriormente adicionou um martelo e cinzel.



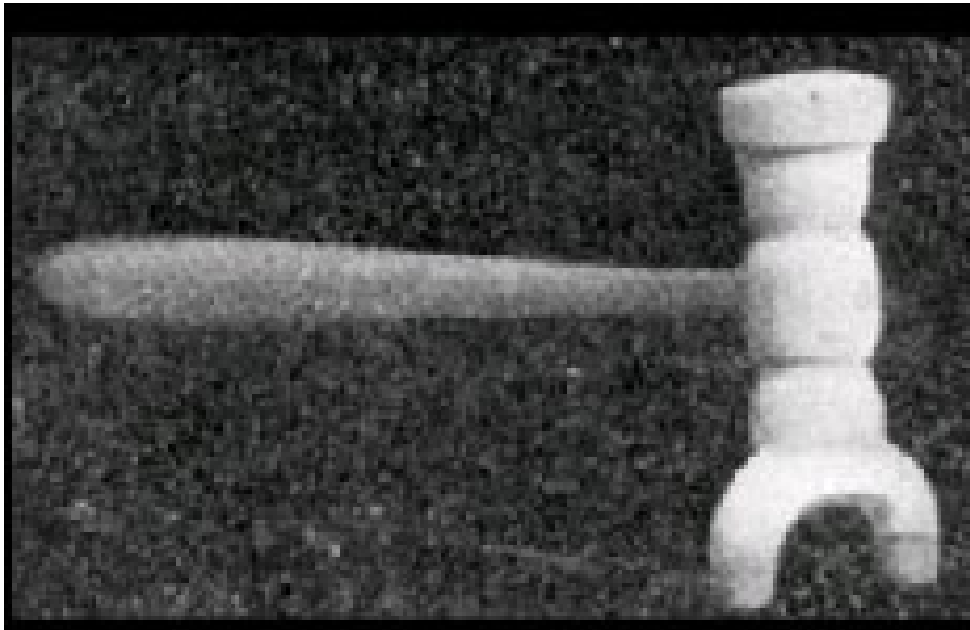
Evidência

Em 1907 foi desenvolvido um sistema pneumático de martelo.



Evidências

Em 1928 foi utilizado o primeiro martelo de borracha.





As máquinas de ajuste da coluna

Começaram a ser aceitas e até usadas por Médicos Alopatas

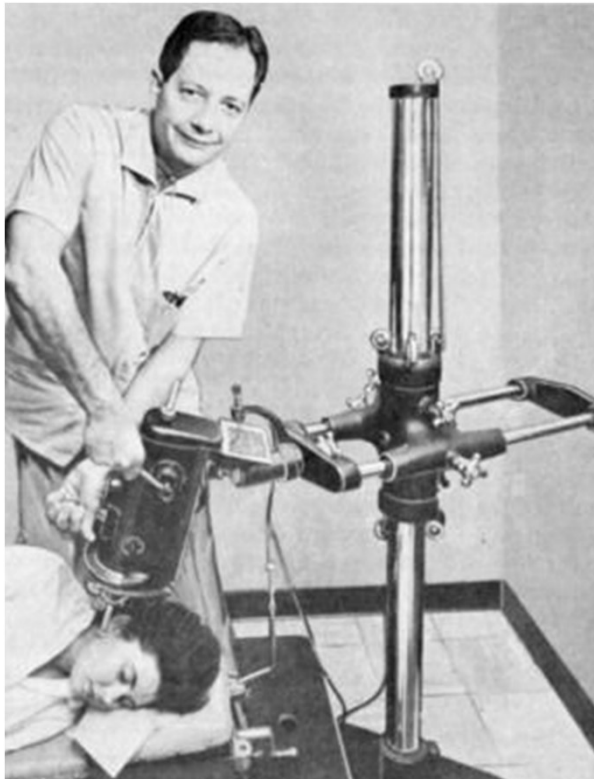


Figure 1-14 The Thruster, a pneumatic device, from an ad.

Origem

Em 1966 um dentista sugeriu um impactador dental, sem resultado satisfatório, pois não gerava força suficiente.

Outros dispositivos foram testados, mas nenhum serviu para o propósito.

Origem

Outro dentista ofereceu um martelo de impacto cirúrgico com um dispositivo de borracha.

Testado com sucesso, sendo o primeiro instrumento funcional a ser utilizado.

Origem

Phoenix, Arizona em 1967

Desenvolvida pelo Quiropraxista Warren Lee

Baseado na Técnica Básica Logan o tratamento

Baseado na Técnica Thompson a avaliação

Primeiro Fisioterapeuta em 1986

Evidências

Em 1970, o primeiro grupo de quiropraxistas utilizou procedimentos para detectar subluxações através do monitoramento do comprimento da perna

Análise do comprimento de perna rotação cervical

Mais de 70% dos pacientes com lombalgias apresentavam pernas mais curtas

Estatísticas

40 anos baseados no empirismo.

15 anos de investigação científica.

134 artigos de pesquisas revisados.

Mais de 35 mil profissionais certificados.

45 mil fazem uso da técnica.

2º técnica de quiropraxia utilizada no mundo.

70 % dos quiropraxista utilizam da técnica/ferramenta.

Compressão a gás
Eletromecânica
Disparo por força elástica



Chiropractic Instrumental Manipulation in the Lower Back: A Systematic Review

Márcio Luiz Tosi¹, Maria Eduarda de Souza Melo Oliveira^{2*}, Henrique Baumgarth³ and Edgar Idogava⁴

¹PT, DIP. Chiro and CEO of the Livta Chiropractic Institute, Brazil

²Professional Master's degree in Health, Laboratory Medicine and Forensic Technologies, State University of Rio de Janeiro, Brazil

³Estácio de Sá University (UNESA), Rio de Janeiro, RJ and University of Vassouras (FAMAR), Brazil

⁴Aculdade Ítalo Brasileira, Brazil

***Corresponding author:** Maria Eduarda de Souza Melo Oliveira, Policlínica Piquet Carneiro, State University of Rio de Janeiro (UERJ), Avenida Marechal Rondon 381 - São Francisco Xavier, Rio de Janeiro - RJ, 20950-003, Brazil



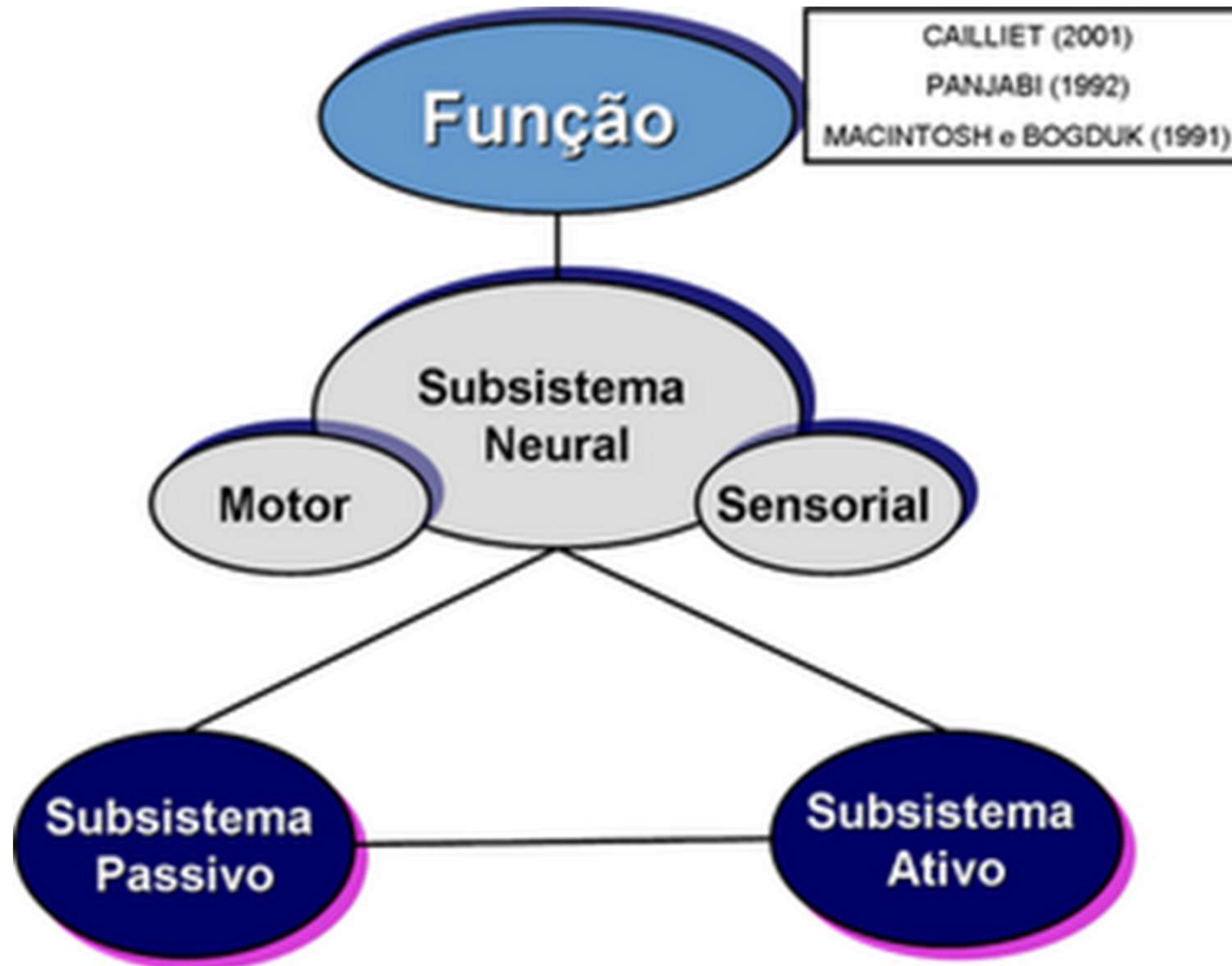
Evidencias:

O instrumento é capaz de mobilizar o osso, mas se ocorre o benefício ou não, ninguém sabe.



Sistemas interligados que influenciam na estabilidade articular:

1. Passivo: articulações, disco intervertebral e ligamentos.
2. Ativo: músculos e tendões.
3. Controle Neural: que é o principal direcionador dos mecanismo anteriores dando a estabilidade dinâmica.



Disfunção Neuro articular e Reatividade do Comprimento da Perna:

O S.N.C. está em constante busca de equilíbrio e feedback dos mecanorreceptores.

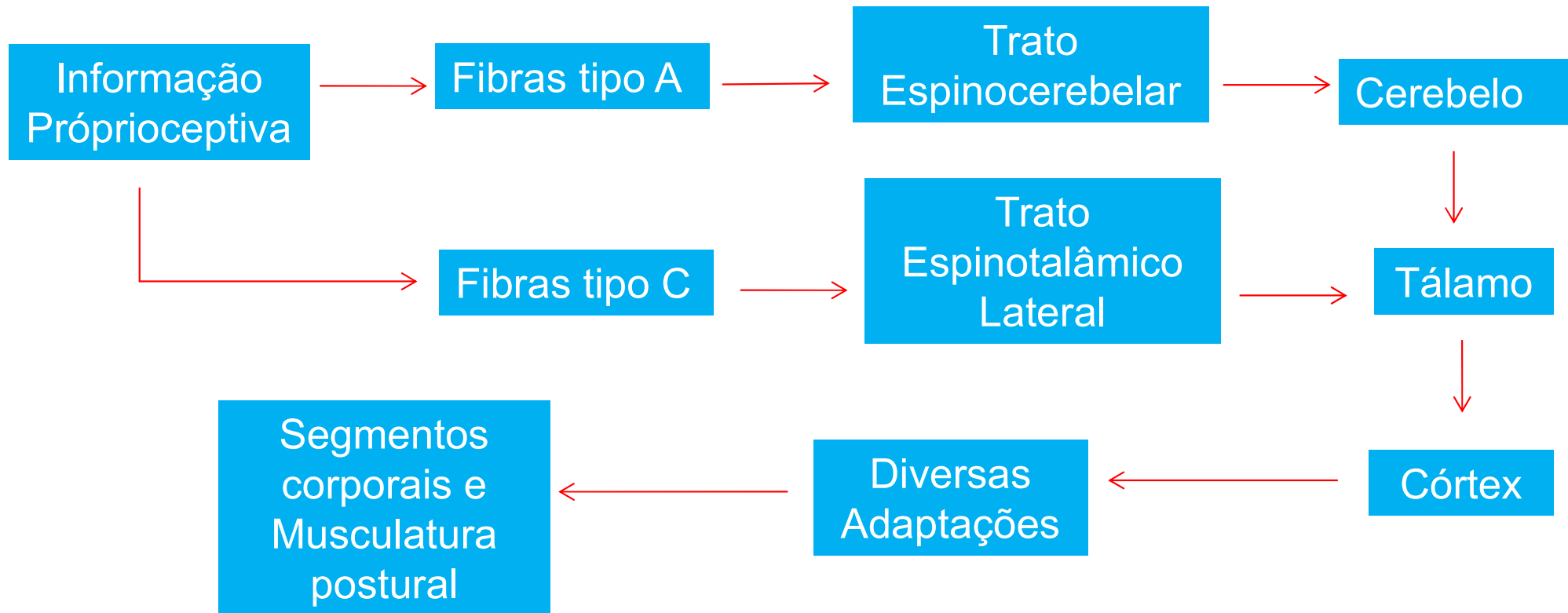
Tem a finalidade de manter o alinhamento das superfícies articulares para realizar suas funções.

Disfunção Neuro articular e Reatividade do Comprimento da Perna:

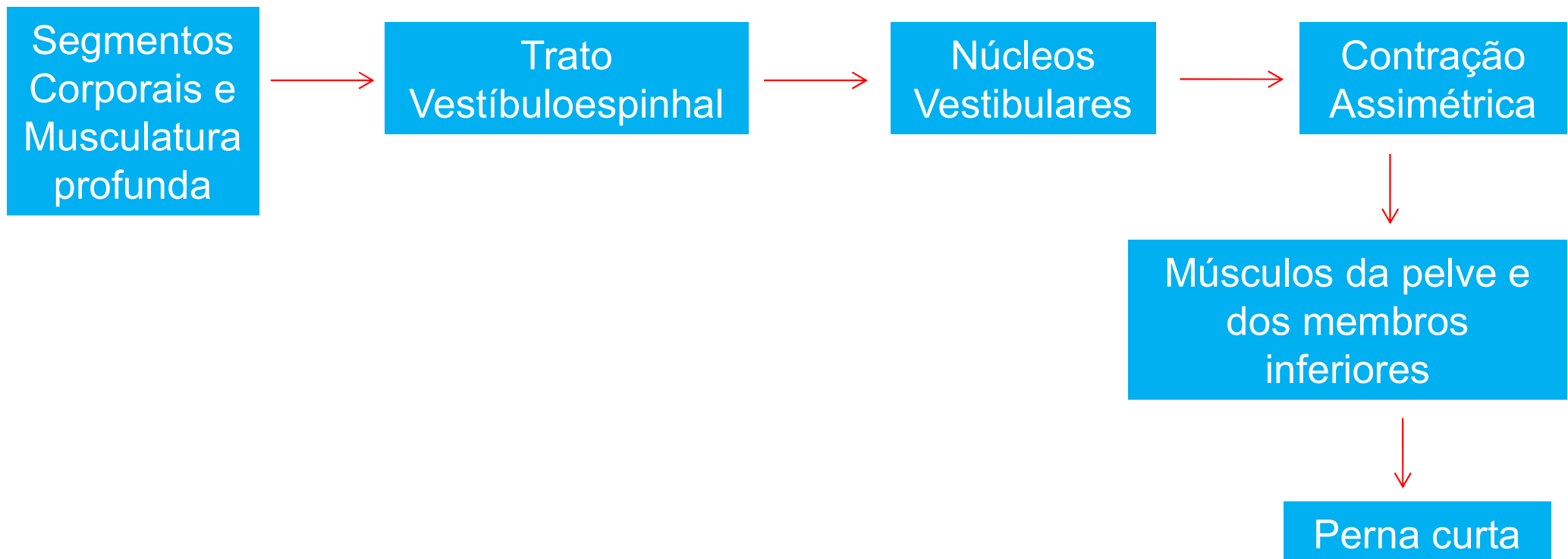
Gera uma estabilidade e mobilidade necessárias para uma articulação saudável.

Alterações neste sistema geram disfunções na integridade destas estruturas.

Disfunção Neuro articular e Reatividade do Comprimento da Perna:



Disfunção Neuro articular e Reatividade do Comprimento da Perna:



Disfunção Neuro articular e Reatividade do Comprimento da Perna:

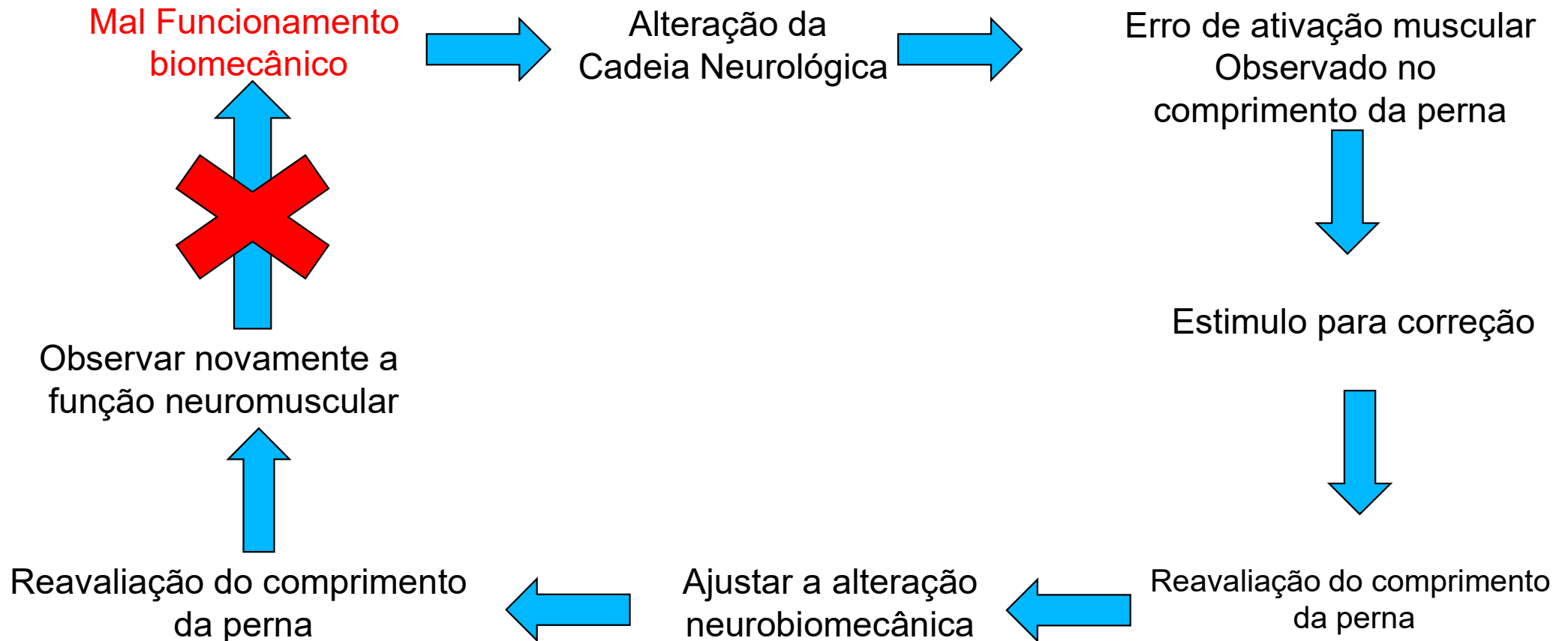
Conclusão: A razão pela qual as pernas apresentam diferença de comprimento, seria a contração assimétrica das cadeias musculares, em decorrência às informações proprioceptivas ao complexo de subluxação vertebral.

Estas reações são confirmadas com a explicação da origem e consequência da subluxação após o ajuste, onde as pernas se equilibram.

Um corpo equilibrado, que não apresenta alterações na comunicação entre o SNC e os demais sistemas, apresenta o comprimento das pernas iguais e grupos musculares simétrica.



Disfunção Neuro Articular e Reatividade do Comprimento da Perna:



Mal Funcionamento Biomecânico:

Estresse Físico

Estresse Emocional

Sobrecarga

Peso

Esforço repetitivo

Alterações Posturais

Bio psico social

Alterações de AVD's

Trauma direto

Trauma indireto

Sedentarismo

Intoxicação medicamentosa

ou alimentar

Baseado na síntese de outras técnicas de baixo impacto de ajustes e de análise pelo Leg Checking.

Logan Basic

Derifield-Thompson

VanRumpt

Técnica de No-Force

S.O.T. - DeJarnette

Sweat - Grostic

É um dispositivo de alta velocidade de impacto dinâmico.

Potencial regulável com direção precisa e específica.

Promove a ativação dos micro movimentos desbloqueando as articulações.

Baseado em um protocolo de avaliação estruturado.

Manipulação é obtida por uma série de testes que determinarão a localização e o sentido da subluxação.

- ✓ Força 4: Lombar, Pelve e Quadril
- ✓ Força 3: Torácica, Costela, Ombro e Joelho
- ✓ Força 2: **Obrigatoriamente** Cervical, Cotovelo, Punho e Mão
- ✓ Força 2: Tornozelo, Pé e Crianças
- ✓ Força 1: C1, ATM, Crânio e Bebê

- ✓ Ajuste ou Manipulação Articular com alta força
- ✓ Mobilização ou Oscilação Articular
- ✓ Inativação de Pontos Gatilhos
- ✓ Inibidor ou Estimulador de Tônus Muscular
- ✓ Gerador de Propriocepção
- ✓ Pontos de Acupuntura

- **Instrumento:**
 - Conjunto de molas e esferas compactadas
 - Dispositivo cilíndrico
 - Quatro graduações de força
 - Baixa frequência





Manipulação e
mobilização articular



Inativação e estimulação
proprioceptiva de tecidos
moles

Protocolo de Varredura

Obtido através do “Leg Checking”

Onde ajustar

Quando ajustar

Quando não ajustar

Convicção do diagnóstico da disfunção

Praticidade na avaliação e manipulação

Precisão e controle na ajuste articular

Segurança (Idosos)

Conforto (paciente e profissional)

Resistência ao tratamento manual

Pacientes obesos

Efeito psicológico da cavitação

Posicionamento em decúbito ventral

Quadro de algias agudas

Restrição de ADM

Pacientes neurológicos

Amputados

Fraturas recentes

Patologias ósseas (tumores e doenças osteometabólicas)

Alterações tissulares

Boca, olhos, testículos, glândulas mamárias, canal auditivo

“Diferenças aparentes no comprimento dos membros inferiores são sugestivas de disfunção segmentar da coluna vertebral, pélvis e extremidades.”

Palpação dinâmica: 28% de confiabilidade

Motion Palpation: 47% de confiabilidade

Leg Checking: 78% de confiabilidade

Riscos são iguais ao da manipulação manual

Yates; 1988

Sem desgaste do profissional

Controle da força, velocidade e direção

Equivalente ou superior a manual

Fuhr; 2009

O instrumento tem boa precisão e resposta aos pacientes atletas que tem músculos desenvolvidos e que apresentam dificuldade na utilização da manipulação manual.



Produz energia suficiente para movimentar uma vértebra através do impacto controlado.

Torna-se útil no tratamento de crianças e idosos com osteoporose ou qualquer condição que contra indique a manipulação manual direta.

A magnitude da força e a velocidade da manipulação manual eram maiores que as geradas pelo instrumento devido a grande variação dos aplicadores .

No instrumento a força gerada é pré-definida e será similar entre os aplicadores.

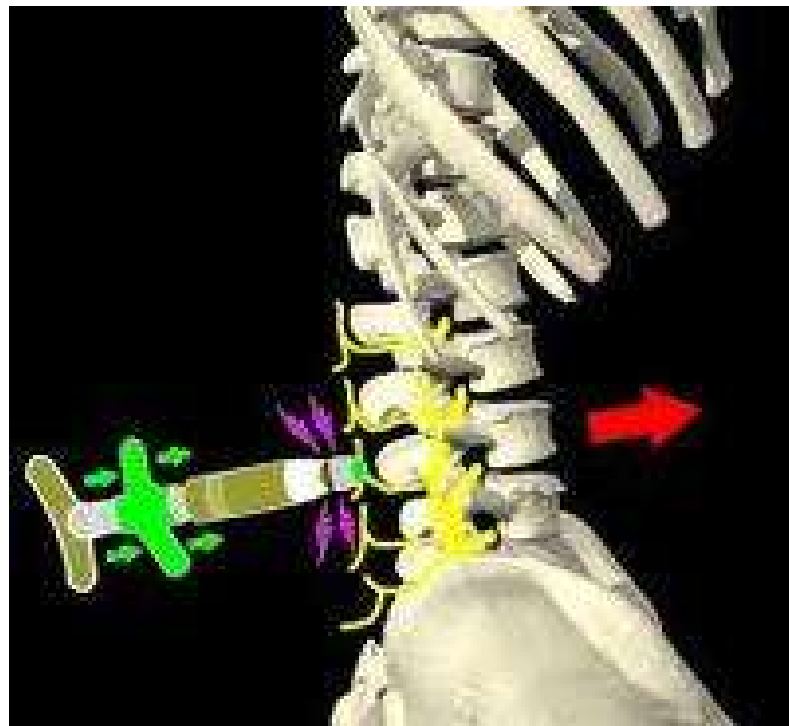
Área de contato:

Existe a diferença mas não é citado qual oferece uma melhor aproximação

Força:

Mudança da duração da força ocorre devido a variação na aplicação e não no mecanismo do instrumento

A força e magnitude do instrumento durante a manipulação varia de acordo com o profissional.



Harms; 1997
Rogers; 2003

Angulação:

Este estudo acaba concluindo que a angulação colocada no instrumento, reduz ou aumenta a força de magnitude e duração

- Foram avaliados 34 pacientes entre dois aplicadores experientes, o resultado demonstra que houve 85% de concordância entre os examinadores.
- Conclusão: quanto maior a experiência menor a chance de erros na avaliação.

Posição pronada foi estatisticamente significativa e clinicamente confiável para avaliação do comprimento da perna.

Demonstra que reatividade do comprimento da perna é um achado fidedigno que pode contribuir para o diagnóstico de dor lombar, quadril, ciática e condições degenerativa.

A definição de PCF é uma diferença no alinhamento das estruturas de suporte entre o chão e a cabeça do fêmur.

Giles, 1983
Liebenson, 1997
Powers, 2008

Existem três tipos de perna curta importantes para o diagnóstico:

1. Perna curta anatômica (PCA):
 - perna curta verdadeira
2. Perna curta funcional (PCF):
 - alterações biomecânicas
3. Perna curta reativa (PC):
 - deficiência pélvica

Calçado específico, justo para não ocorrer folgas

Calçados gastos e largos dificultam a análise

Não utilizar calçados abertos, sandálias e botas

Não utilizar roupas pesadas e muito apertadas

Sempre retirar todos os acessórios

Informar ao paciente o procedimento

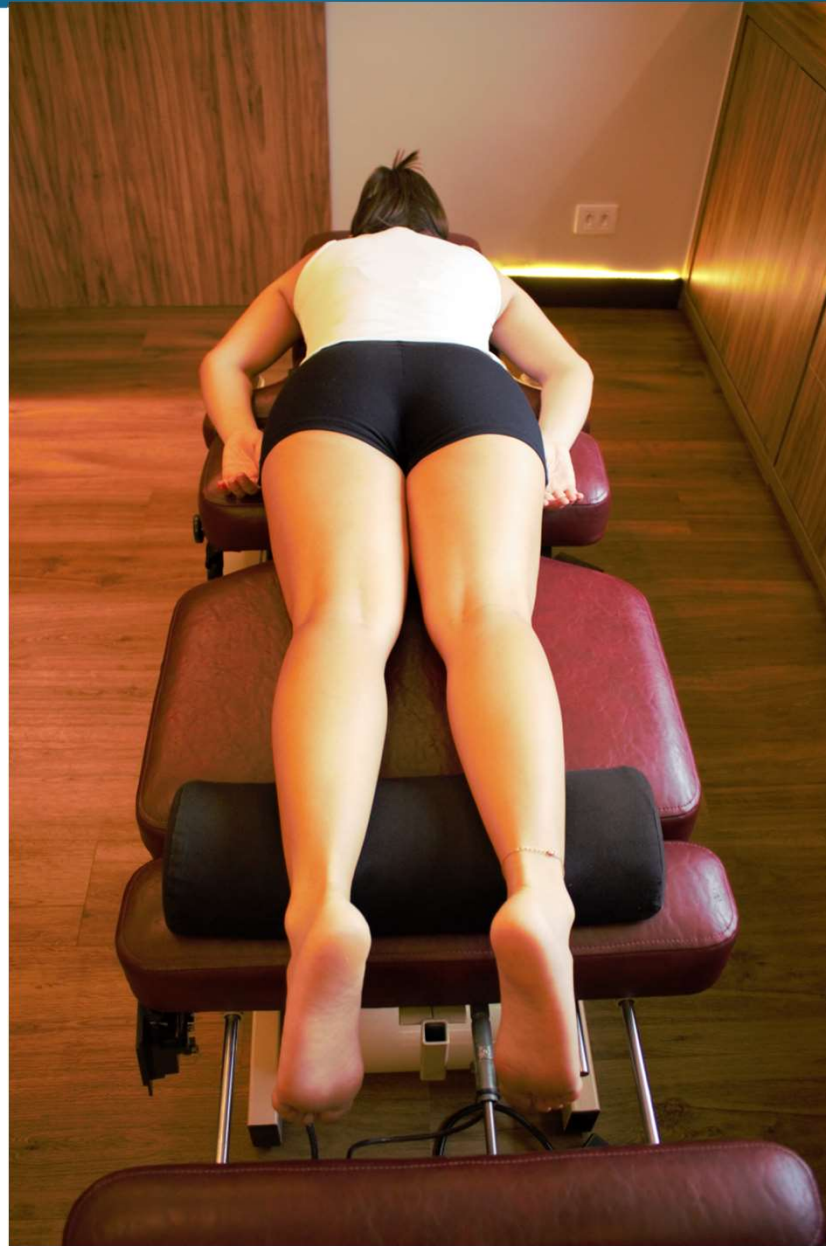
Realçar a importância paciente e profissional

Posicionamento do paciente

Utilização de uma maca com orifício

Utilizar rolo de posicionamento e sandália TIQ

A posição assimétrica pode dar um falso positivo





Posicionamento do paciente e Inspeção Visual



O paciente é colocado na maca confortavelmente e cuidadosamente.

O paciente é posicionado em decúbito ventral.

Assegurar a posição simétrica de tronco e membros.

Observar a posição paralela dos pés, deixando-os para fora da maca.

Realizar uma inspeção visual antes de tocar o paciente.

Posicionar os braços ao longo do corpo com o dorso da mão sobre a maca.

Arrumar o paciente em posição simétrica, evitando compensações e distorções.

Solicitar que o paciente não se mova.

TB1

Identificar as subluxações

TB2

Identificar a região da subluxação

Identificar o nível da subluxação

Identificar o lado da subluxação

Mãos em volta do tornozelo.

Polegares na sola do pé.

Indicador na região posterior dos maléolos laterais.

Dedos estarão na região anterior dos pés, fazemos uma leve rotação externa da tíbia junto com uma eversão do tornozelo em ambos os lados.

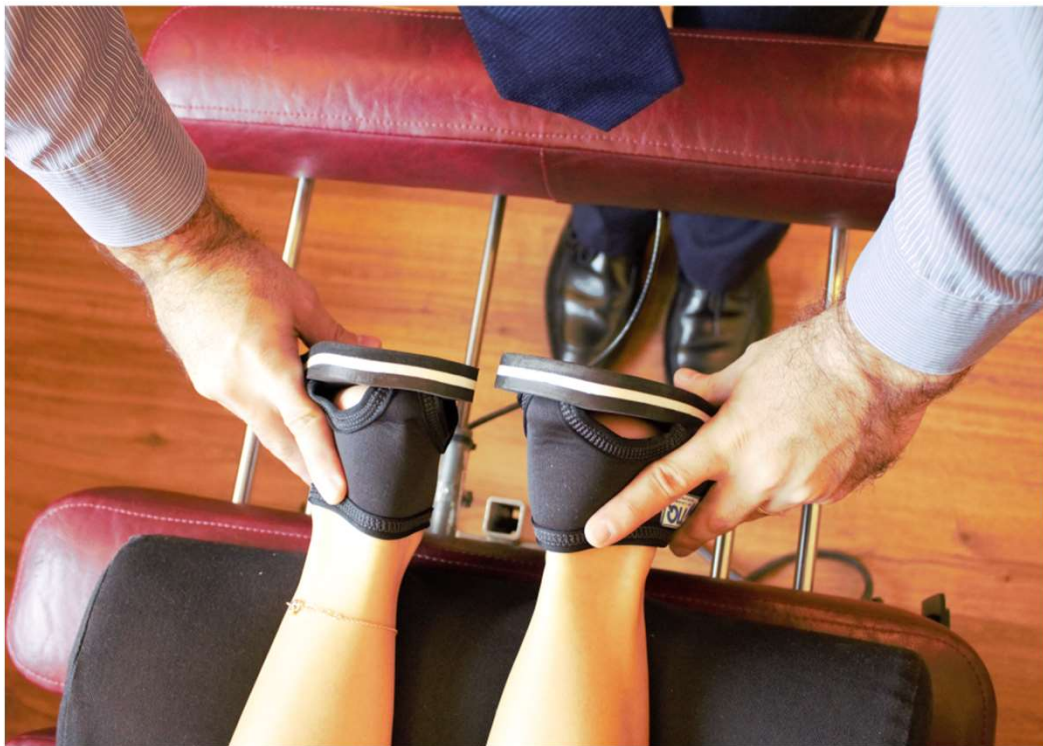
Pés ficam levemente afastados em posição neutra.

Identificar a perna mais curta.

Utilizado para analisar se existe subluxação



Dedos estarão na região anterior dos pés



**Leve rotação
da tíbia**

**Eversão do tornozelo
em ambos os lados**



**Pés ficam afastados
em posição neutra
Identificando a
perna mais curta**

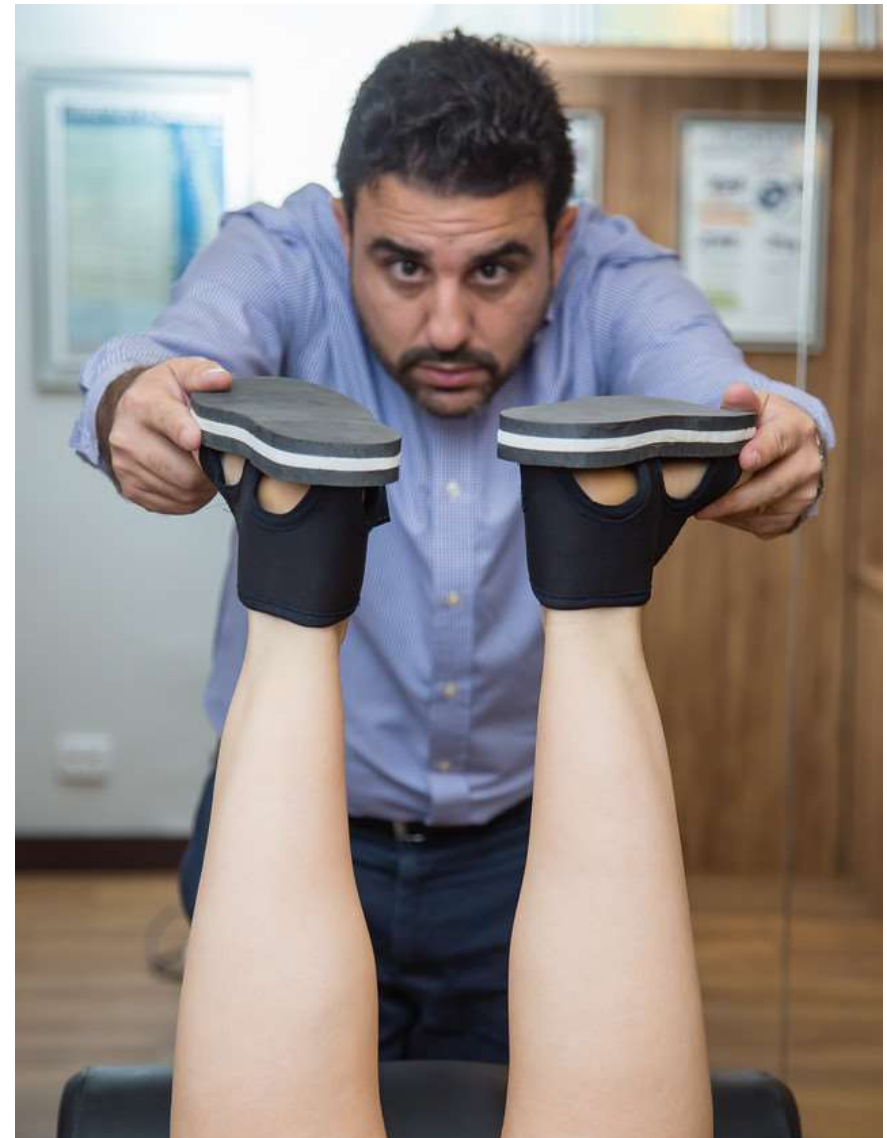


Utilizado para diagnosticar o lado e o nível da disfunção
Fletir os joelhos até 90 graus sem tirar as mãos.
Não realizar dorsiflexão dos pés



Coloca-se os dedos indicadores na borda lateral dos pés olhando para a para a linha média da planta dos pés

Comparar as diferenças
Sensação das pernas



TB1

Joelho estendido

Perna curta

Determina a existência
ou não de disfunção

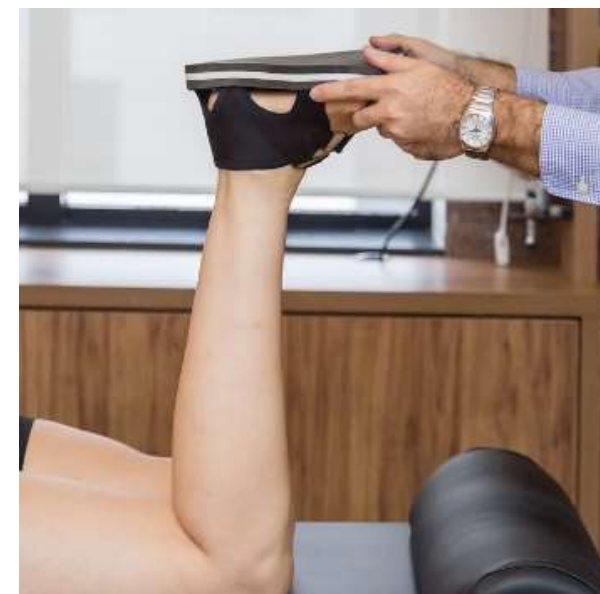


TB2

Joelho Fletido (90°)

Perna Longa

Determina o lado e a
região da disfunção



No processo de transição entre o TB1 e TB2, são estimulados aspectos do controle neural.

Cria-se um sistema de avaliação da reatividade do comprimento da perna.

Nas estratégias de tornozelo, joelho e quadril, a avaliação é baseada na falha do comportamento biomecânico das articulações.



Mudanças do comprimento da perna.

- ✓ Fase 1: Joelhos e Tornozelos (Os 4 compartimentos)
- ✓ Fase 2: Os Dois Ilíacos (Anterior e Posterior)
- ✓ Fase 3: Sínfise Púbrica (Inferior e Superior)
- ✓ Fase 4: Lombar (L5, L4 e L2)
- ✓ Fase 5: Torácicas e Costelas (T12, T8, T6, T4, T1, 1º Cost.)
- ✓ Fase 6: Cintura Escapular (Medial e Lateral)
- ✓ Fase 7: Cervical e Occipital Posterior

Depois dos 2 testes realizados teremos três possibilidades:

1. Perna **CURTA** no TB1 e perna **LONGA** no TB2 indicam alteração inicial no **Joelho e Tornozelo**.
2. Perna **CURTA** no TB1 e a perna **CURTA** no TB2 indicam alteração inicial na **Lombar (L4)**.
3. Pernas **IGUAIS** em TB1, avaliar **SINFISE PÚBICA**.

Regra Geral:

Se a perna estiver **CURTA** no TB1 e ficar **LONGA** no TB2 teremos uma alteração articular **IPSILATERAL (CLI)**.

Se a perna estiver **CURTA** no TB1 e ficar **CURTA** também no TB2, a alteração estará **CONTRA LATERAL (CCC)**.

3 Possibilidades com a Regra Geral:

Possibilidade 1: CURTO em TB1 e LONGO em TB2
Joelho e Tornozelo (ipsilateral)

Possibilidade 2: CURTO em TB1 e CURTO em TB2
L4 (contra lateral)

Possibilidade 3: EQUILIBRADO em TB1
Púbis (avaliação)

Utilizados para analisar as funções e os micro movimentos das articulações

Fuhr, 2010

Sempre realizar os testes pré manipulativos e os pós manipulativos

Tosi, 2010

Testes de **STRESS** (direção a subluxação)
TB1 **EQUILIBRADO**

Testes de **CORREÇÃO** (direção da correção)
TB1 **DESEQUILIBRADO**

Testes **ISOLADO** (direção a subluxação)
TB1 **EQUILIBRADO**

Exame clínico, anamnese, histórico, palpação e exames complementares.

Analise do comprimento da perna em decúbito ventral com TB1 e TB2.

Verificar as 3 possibilidades utilizando a regra geral.

Testes de pressão e isolado para avaliar a função das articulações e confirmar o diagnóstico.



Avaliação ascendente estática, dinâmica e palpatória



Passos importantes na aplicação da técnica:

Identificar se existe subluxação no seguimento testado TB1.

Isolar o nível/região e o lado da subluxação TB2.

Confirmar a direção para ajuste com o teste de correção.

Realizar o ajuste com o TIQ.

Testar novamente a articulação após o ajuste em TB1.

- Posição do paciente
- TB1 e TB2
- Regra Geral
- As 3 possibilidades
- Testes de pressão: stress, correção e isolado
- **Passo 1:** Joelho e Tornozelo Medial e Lateral
- **Passo 2:** Ilíacos Anterior e Posterior
- **Passo 3:** Sínfise Púbrica

- **Passo 4:** Coluna Lombar: L5 / L4 / L2
- **Passo 5:** Coluna Torácica e Costelas: T12 / T8 / T6 / T4 / T1/ 1º Costela
- **Passo 6:** Cintura Escapular e MMSS: Medial e Lateral
- **Passo 7:** Coluna Cervical: C7 / C5 / C2 / C1 / Occipital Posterior

Testes

Joelho e tornozelo

- Testes Passivo: Plato
Tibial Medial da Perna
Curta

- Testes Passivo: Plato
Tibial Medial da Perna
Longa



Primeiro Passo Medial do Tornozelo

- Ponto de contato:
Borda Medial do
Talus
- Linha de direção:
Posterior, Superior e
Lateral



Segundo Passo Medial do Joelho

- Ponto de contato:
Plato Tibial Medial
- Linha de direção:
Lateral e Inferior



Testes - Joelho e
tornozelo

- Testes Passivo: Plato Tibial Medial da Perna Curta
- Testes Passivo: Plato Tibial Medial da Perna Longa



Primeiro Passo Medial do Tornozelo

- Ponto de contato:
Borda Medial do
Talus
- Linha de direção:
Posterior, Superior e
Lateral



Segundo Passo Medial do Joelho

- Ponto de contato:
Plato Tibial Medial
- Linha de direção:
Lateral e Inferior



Testes

Joelho e Tornozelo

- Teste Passivo: Plato Tibial Lateral da Perna Curta
- Teste Passivo: Plato Tibial Lateral da Perna Longa



**Primeiro Passo – Lateral
do Tornozelo**

**Ponto de contato: Região
Inferior do Cuboide**

**Linha de direção:
Posterior, Superior e
Medial**



Segundo Passo Lateral do Joelho

-
Ponto de contato: Plato
Tibial Lateral

Linha de direção:
Medial e Inferior



Testes

Joelho e Tornozelo

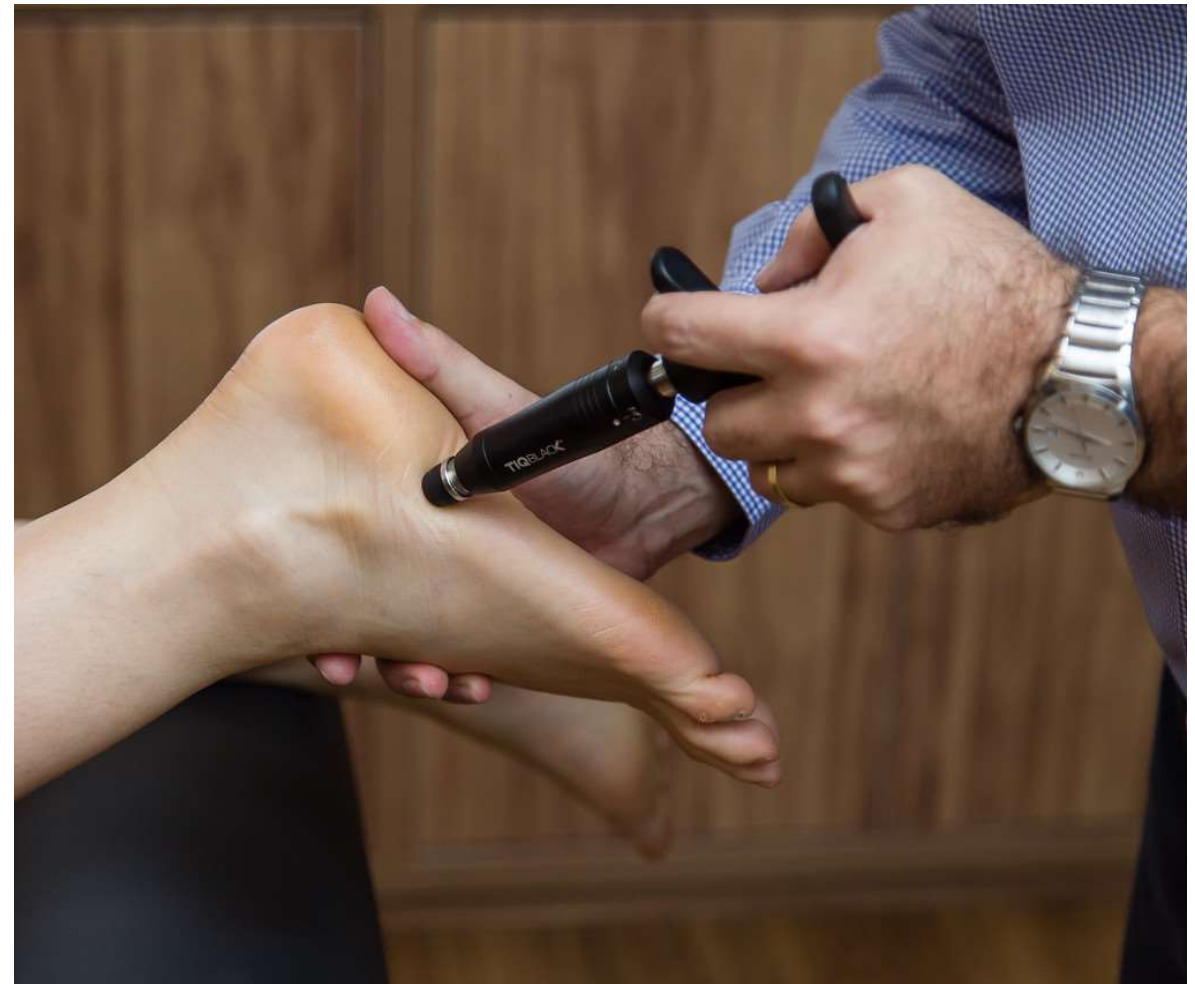
Teste Passivo: Plato
Tibial Lateral da Perna
Curta

Teste Passivo: Plato
Tibial Lateral da Perna
Long.



Primeiro Passo

Lateral do Tornozelo
Ponto de contato:
Região Inferior do
Cuboide
Linha de direção:
Posterior, Superior e
Medial



Segundo Passo
Lateral do Joelho

Ponto de contato: Plato
Tibial Lateral

Linha de direção: Medial
e Inferior



Ilíaco Anterior – Testes

Testes Passivo: Ilíaco
inicialmente na Perna
Longa

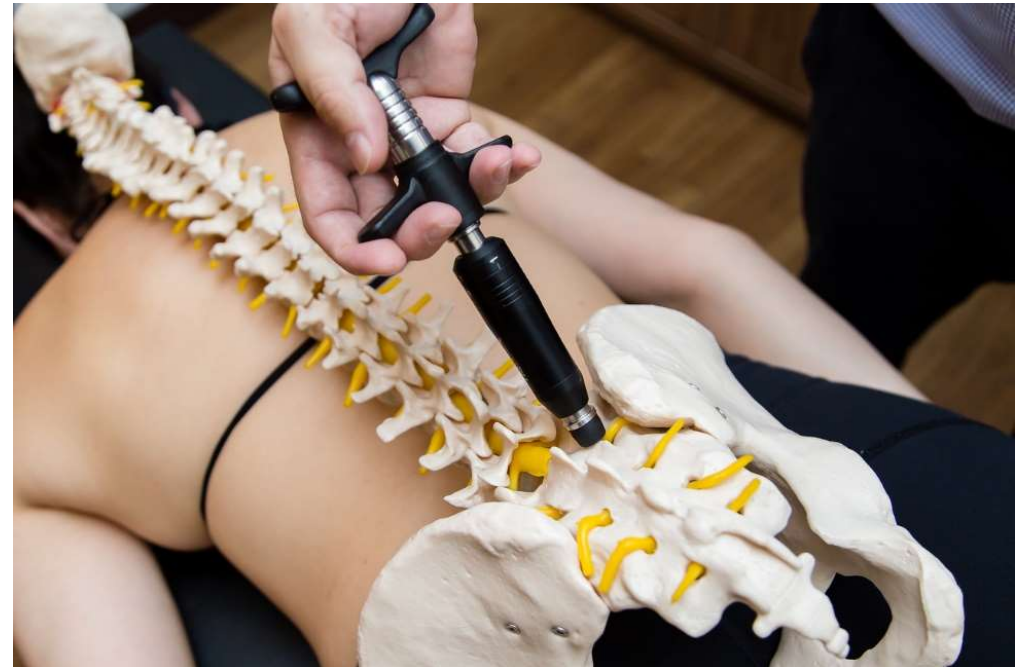
Movimento de anterior
para posterior do ilíaco



Íliaco Anterior – Ajustes

- Primeiro Passo:

- Ponto de contato: Base do Sacro homolateral
- Linha de direção: Anterior e Inferior



Ilíaco Anterior – Ajustes

Segundo Passo:

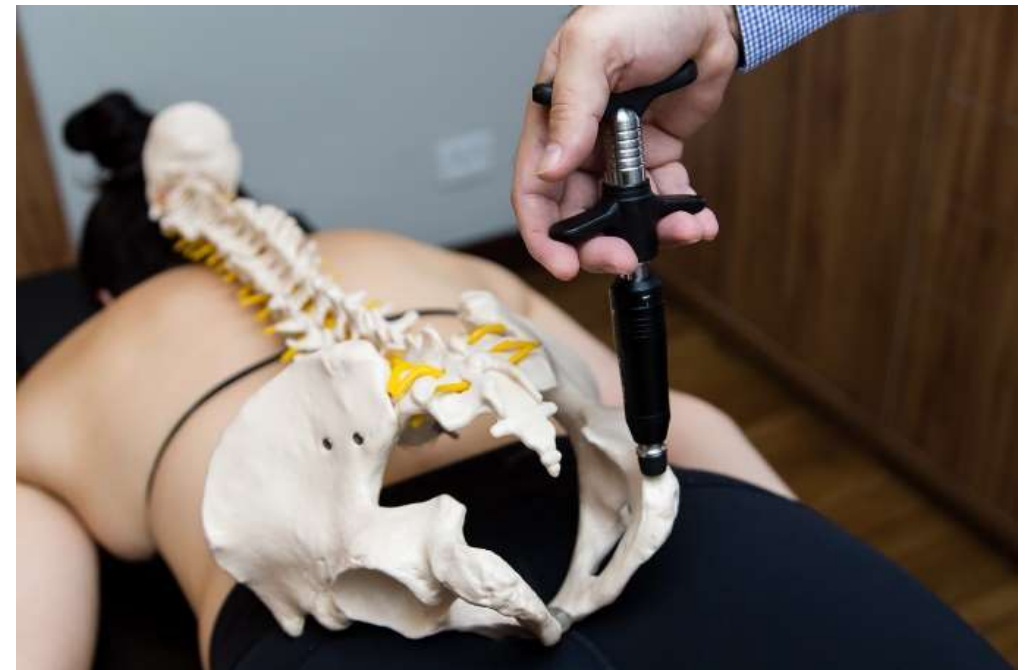
- Ponto de contato: EIPS
- Linha de direção: Anterior, Inferior e Medial



Íliaco Anterior – Ajustes

Terceiro Passo:

- Ponto de contato: Região posterior da tuberosidade isquiática
- Linha de direção: Anterior e Inferior



Ilíaco Posterior – Testes

- Testes Passivo: Ilíaco inicialmente da Perna Curta
- Movimento de posterior para anterior do ilíaco



Ilíaco Posterior – Ajustes

- Primeiro Passo:
- Ponto de contato: Espinha Isquiática



Ilíaco Posterior – Ajustes

Segundo Passo:

Ponto de contato: Região inferior do ligamento sacrotuberoso

Linha de direção: Posterior, Superior e Lateral



Íliaco Posterior – Ajustes

Terceiro Passo:

- Ponto de contato: Fossa Ilíaca
- Linha de direção: Anterior e levemente Superior



Sínfise Púbrica

Teste Isolado

Testes Ativo: Movimento de adução dos joelhos



Teste de Correção do Púbis Inferior:

Pressão Anterior na
Tuberosidade Isquiática
na Perna Longa



Sínfise Púbica – Ajustes Púbis Inferior

Ponto de contato: Região inferior do ísquio na perna longa

Linha de direção: Anterior e levemente Superior



Sínfise Púbica

Ajustes Púbis Inferior

Ponto de contato: Região inferior do ísquio na perna longa

Linha de direção: Anterior e levemente Superior



Teste de Correção do Púbis Superior:

Região anterior no reto
abdominal

Direção de superior para
inferior do lado da Perna
Curta

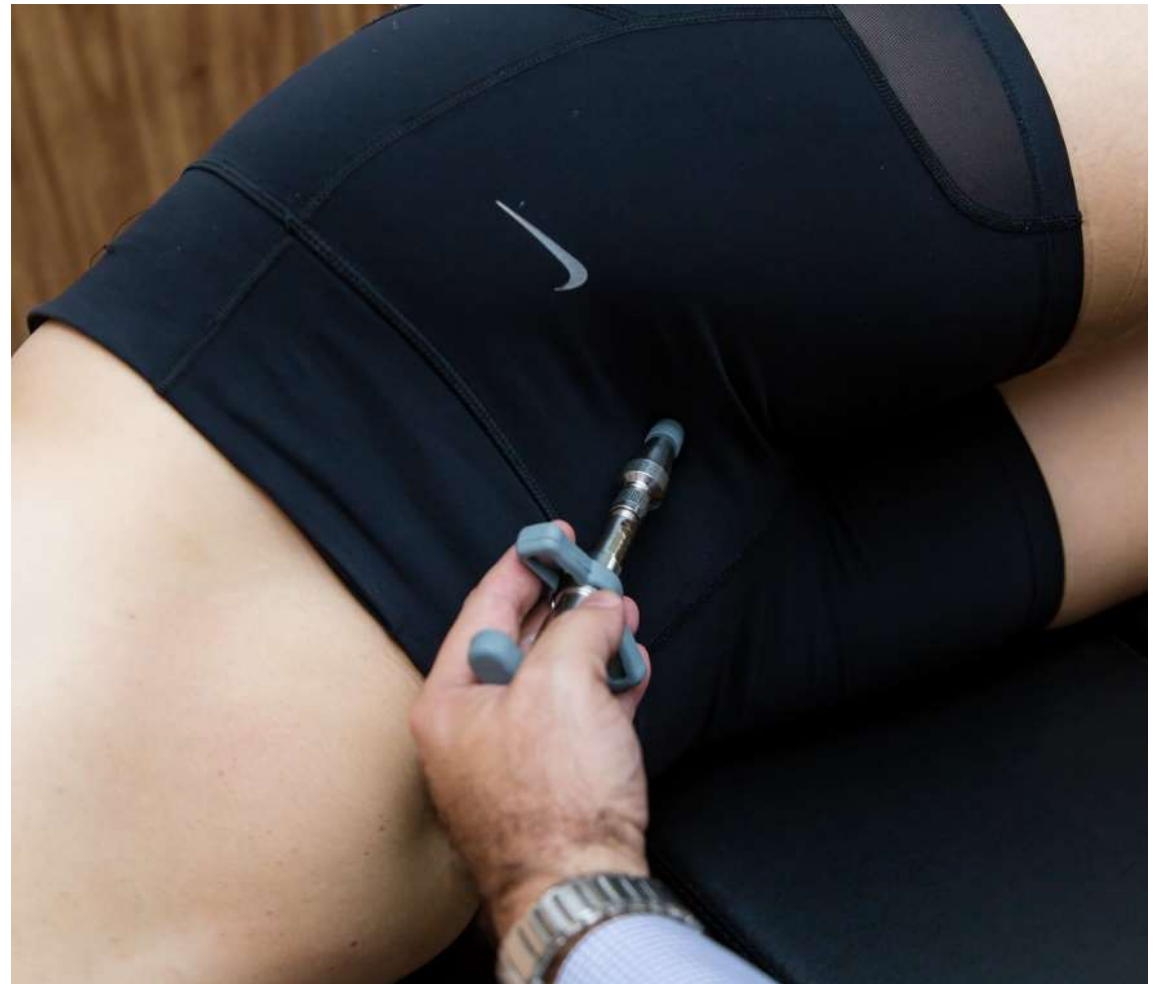


Sínfise Púbica – Ajustes

Púbis Superio

Ponto de contato: Borda superior do púbis na perna curta

Linha de direção: Posterior e Inferior



Sínfise Púbica – Ajustes Púbis Superior

- Ponto de contato: Borda superior do púbis na perna curta
- Linha de direção: Posterior e Inferior



Sínfise Púbica Ajustes Púbis Superior

Ponto de contato: Borda superior do púbis na perna curta

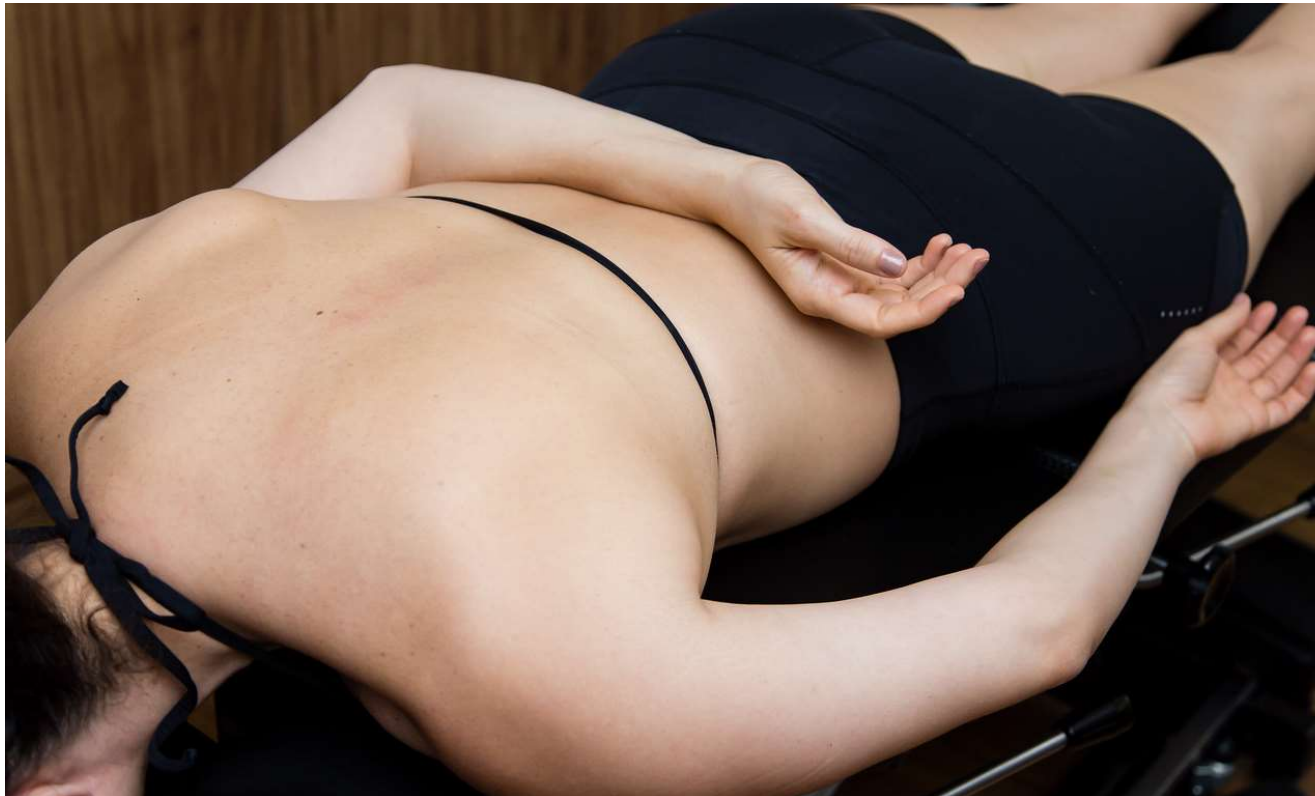
Linha de direção: Posterior e Inferior



Lombar – Testes

Quinta Lombar (L5)

Testes Passivo: Membro superior do lado da Perna Curta



**Lombar – Ajustes
Quinta Lombar (L5)**

**Ponto de contato:
Faceta de L5**

**Linha de direção:
Anterior a 90° e
Medial a 45°**



Lombar – Testes

Quarta Lombar (L4):

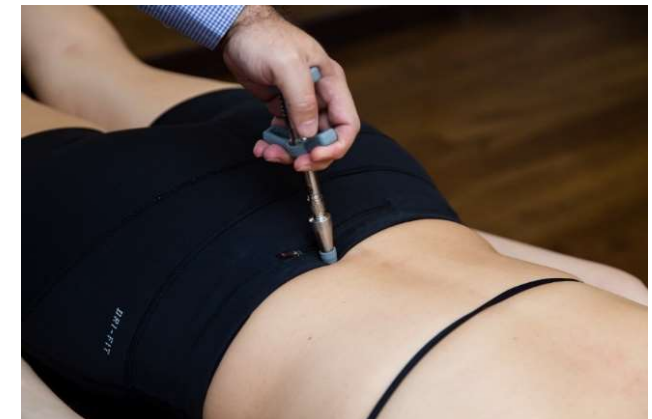
Testes Passivo: Membro superior ao lado da Perna Longa



Quarta Lombar (L4)

**Ponto de contato:
Faceta de L4**

**Linha de direção:
Anterior a 90° e
Medial a 45°**



Segunda Lombar (L2)

Testes Passivo: Membro Superior bilateral (L5+L4)



Segunda Lombar (L2)

**Ponto de contato:
Faceta de L2**

**Linha de direção:
Anterior a 90° e
Medial a 45°**



Torácica – Testes

Décima Segunda Torácica (T12)

Testes Passivo:

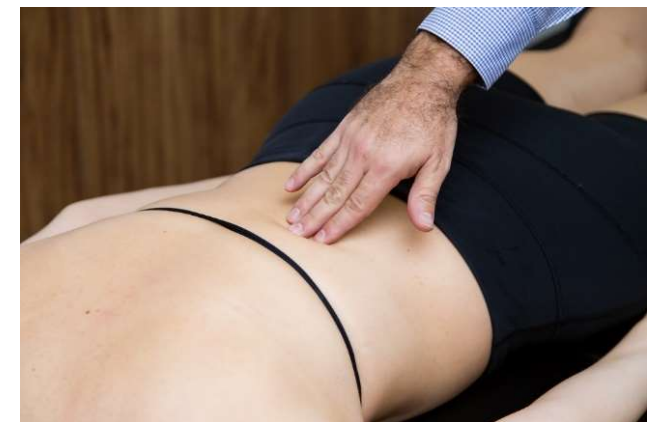
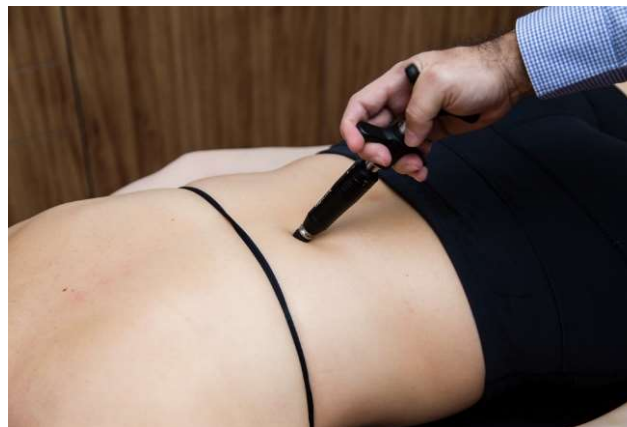
Membro superior ao lado da cabeça na Perna curta



Décima Segunda
Torácica (T12):

Ponto de contato:
Faceta de T12

Linha de direção:
Antero Superior a 60°
e Medial a 20°



Oitava Torácica (T8):

Testes Passivo: Membro superior bilateral

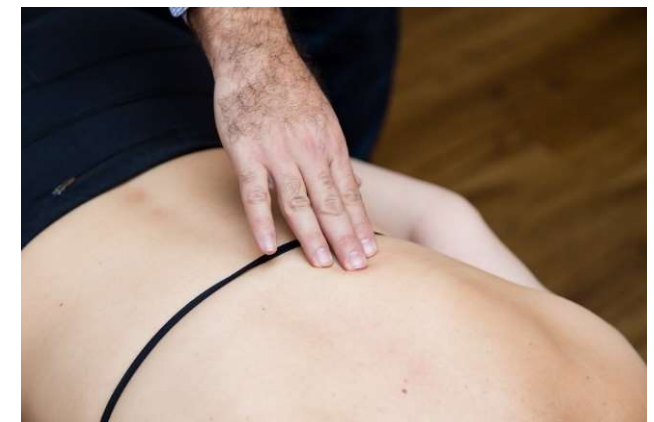


Oitava Torácica (T8)

Primeiro Passo:

Ponto de contato:
Faceta de T8

Linha de direção:
Anterior Superior a
 60° e Medial a 20°

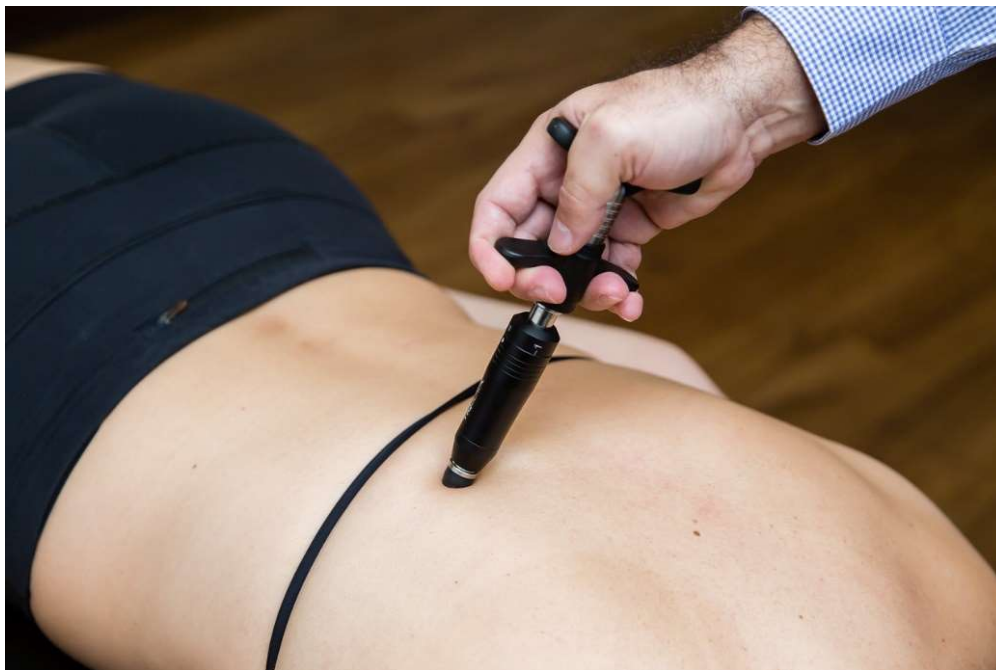


Oitava Torácica (T8)

Segundo Passo

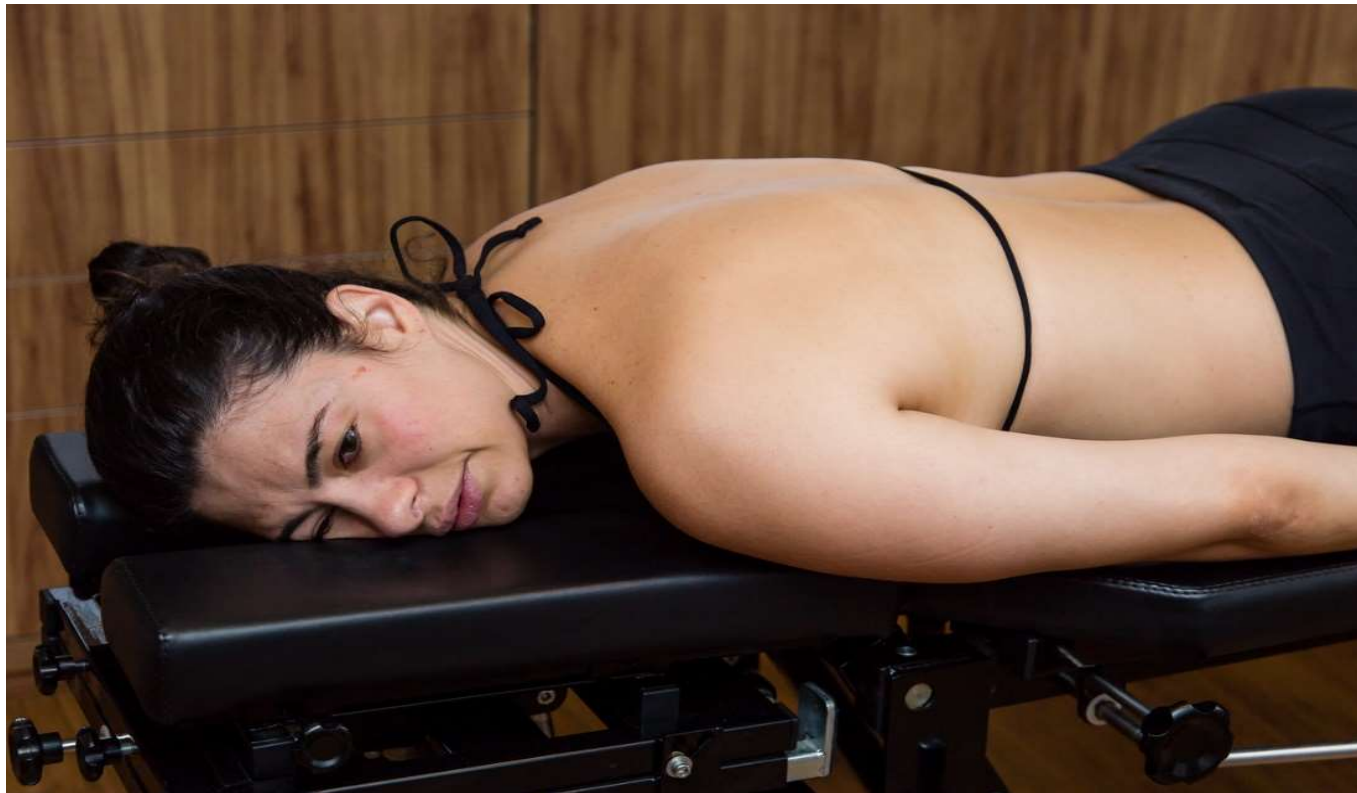
Ponto de contato: Eixo longitudinal da costela de T8

Linha de direção: Lateral e Inferior



Sexta Torácica (T6)

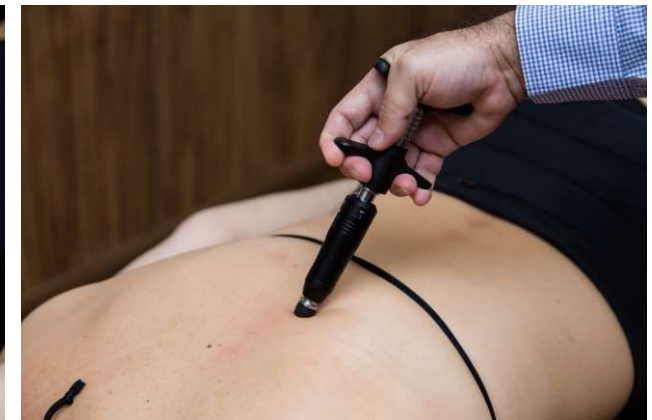
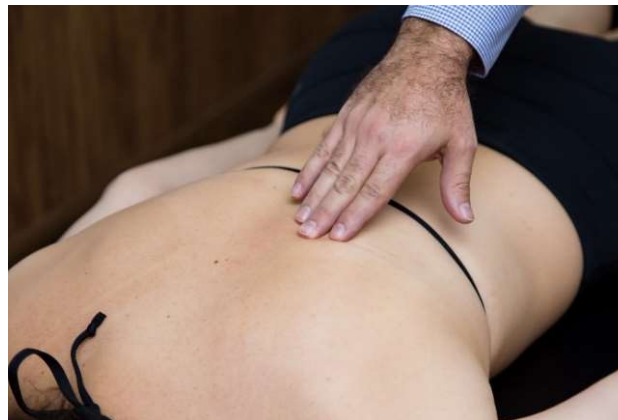
Testes Ativo: Rotação da cabeça do lado da Perna Curta



Sexta Torácica (T6)
Primeiro Passo

Ponto de contato:
Faceta de T6

Linha de direção:
Anterior Superior a
 60° e Medial a 20°

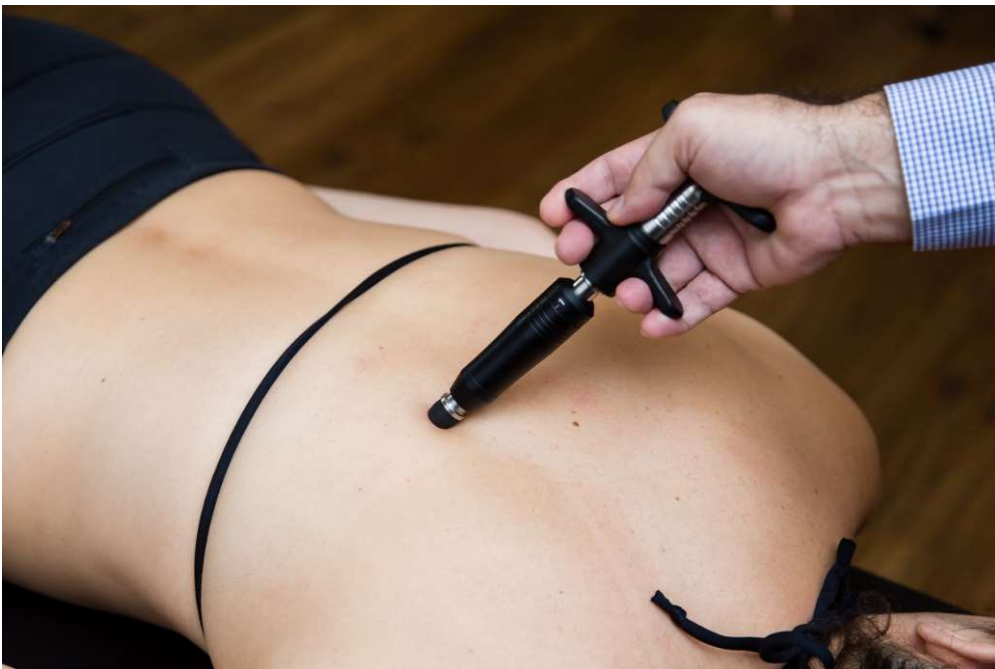


Sexta Torácica (T6):

Segundo Passo

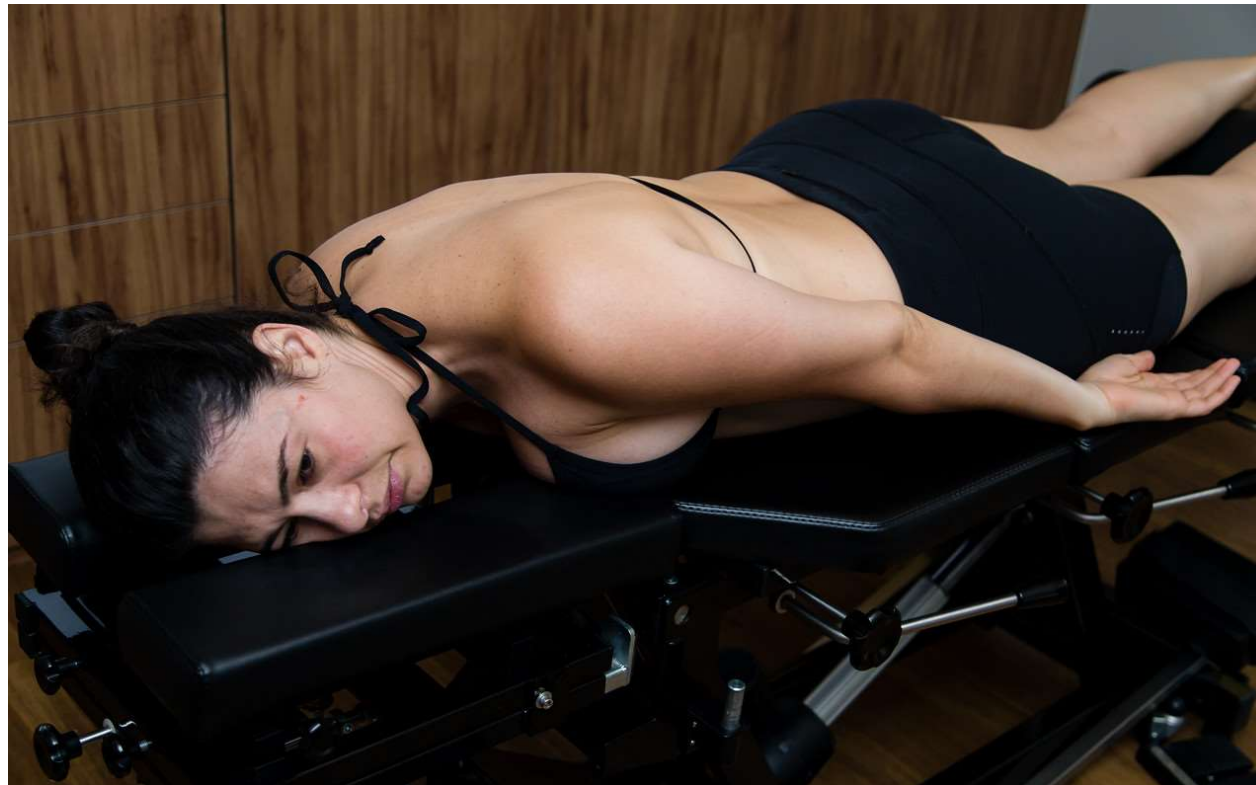
Ponto de contato: Eixo longitudinal da costela de T6

Linha de direção: Lateral e Inferior



Quarta Torácica (T4):

Testes Ativo: Movimento anterior posterior do ombro do lado da Perna Curta



Quarta Torácica (T4): Primeiro Passo

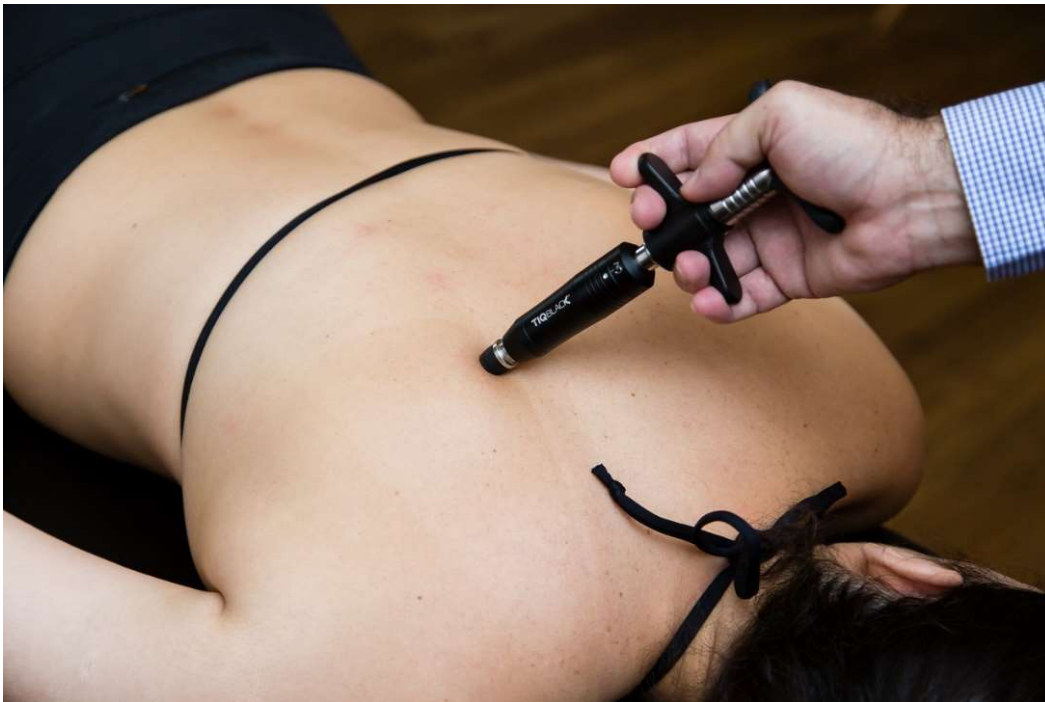
Ponto de contato:
Faceta de T4

Linha de direção:
Anterior Superior a 60°
e Medial a 20°



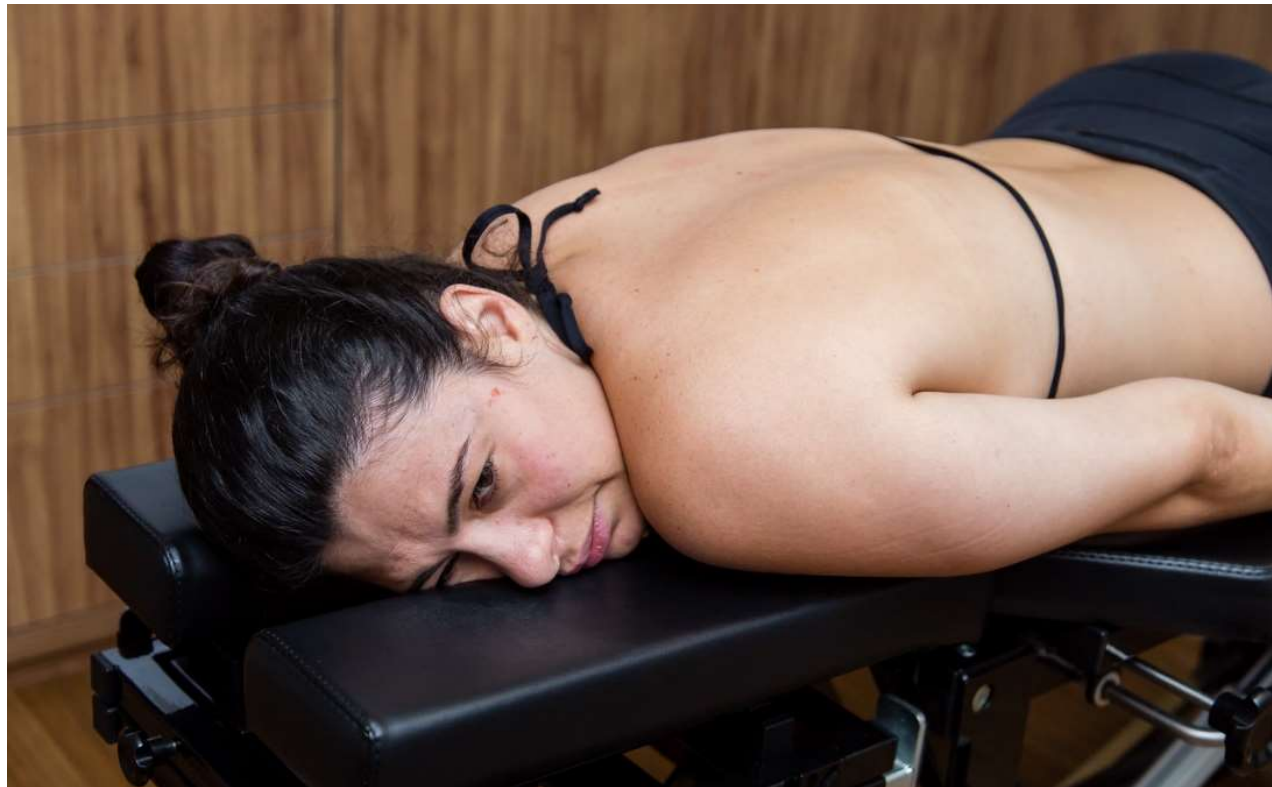
Quarta Torácica (T4): Segundo Passo

Ponto de contato: Eixo longitudinal da costela de T4
Linha de direção: Lateral e inferior



Primeira Torácica (T1):

- Testes Ativo ou Passivo: Elevação bilateral dos ombros no sentido cranial



Primeira Torácica (T1)

Ponto de contato:
Faceta de T1

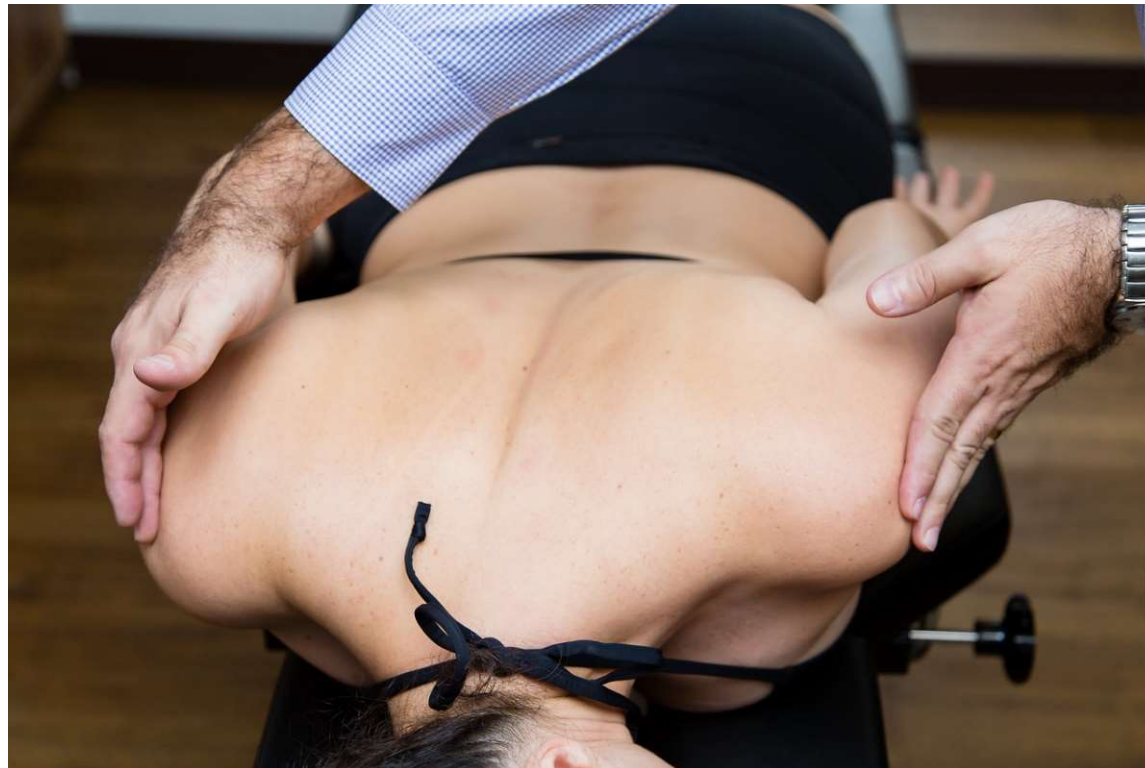
Linha de direção:
Anterior Superior a 60°
e Medial a 20°



Costela – Testes

Primeira Costela:

Testes Ativo: Movimento superior, posterior e inferior dos ombros em sentido crânio caudal



Primeira Costela :

Ponto de contato: Região superior de primeira costela

Linha de direção: Inferior



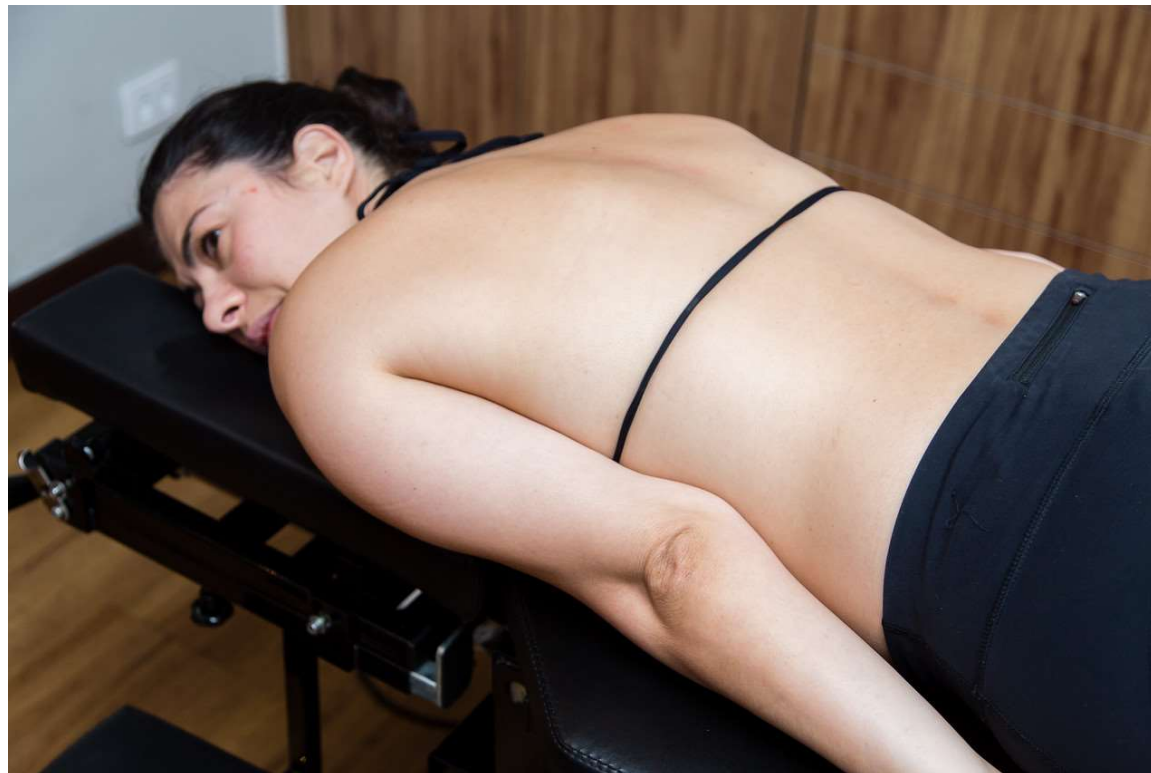
Ombro – Testes

Testes

Ativo

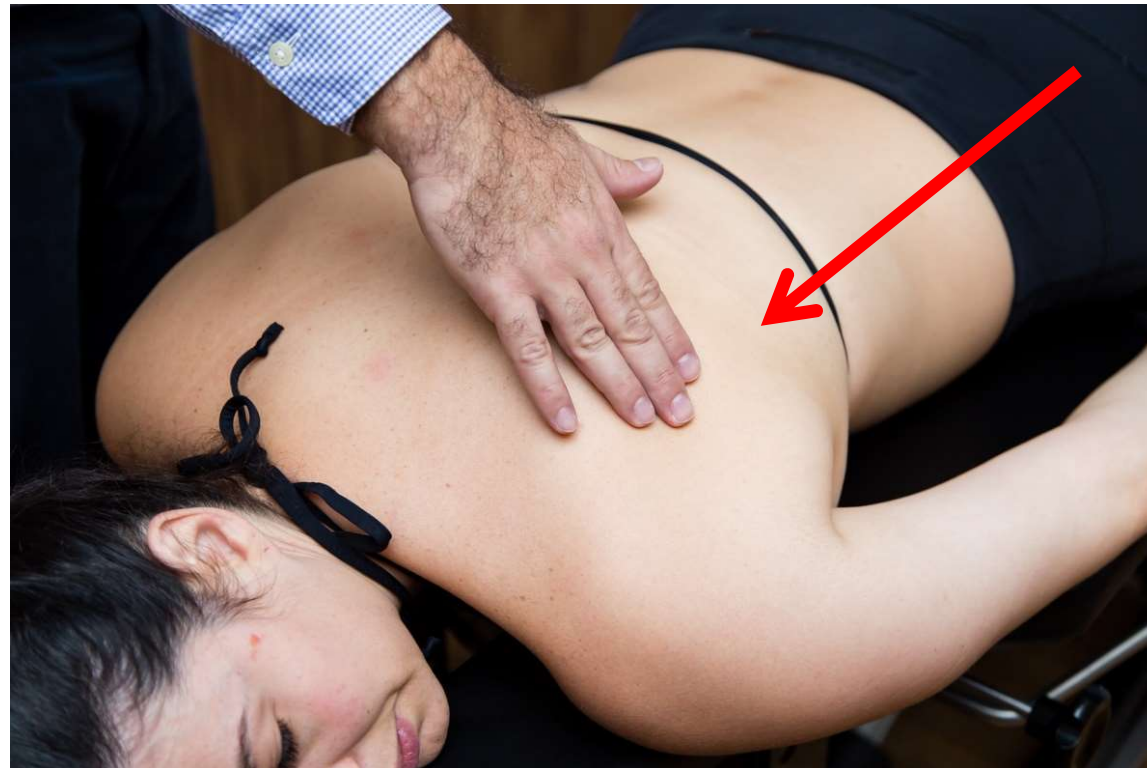
:

Movimento de adução do cotovelo do lado da Perna Curta



Escápula Medial

- Inclinação medial da escápula em direção a perna longa em TB2
- Escolher sempre como parâmetro a perna longa em TB2

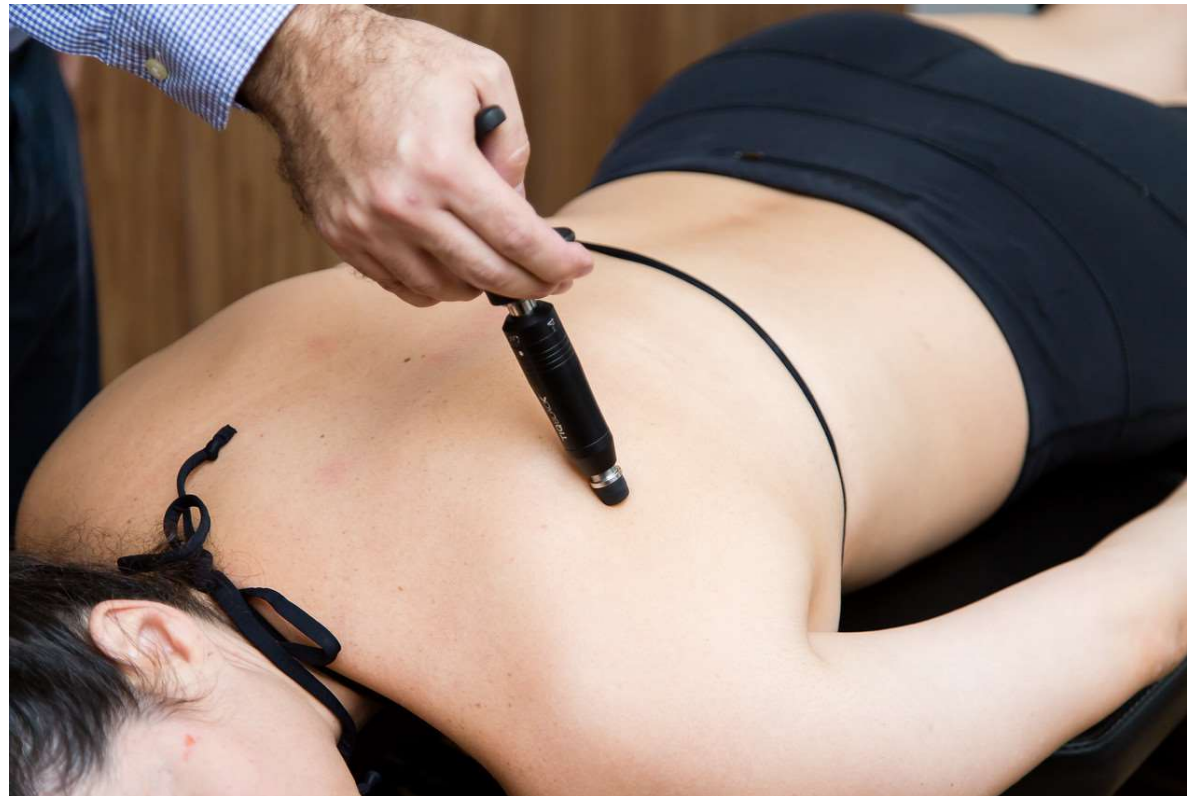


Escápula Medial

Primeiro Passo

Ponto de contato: Borda inferior da escápula

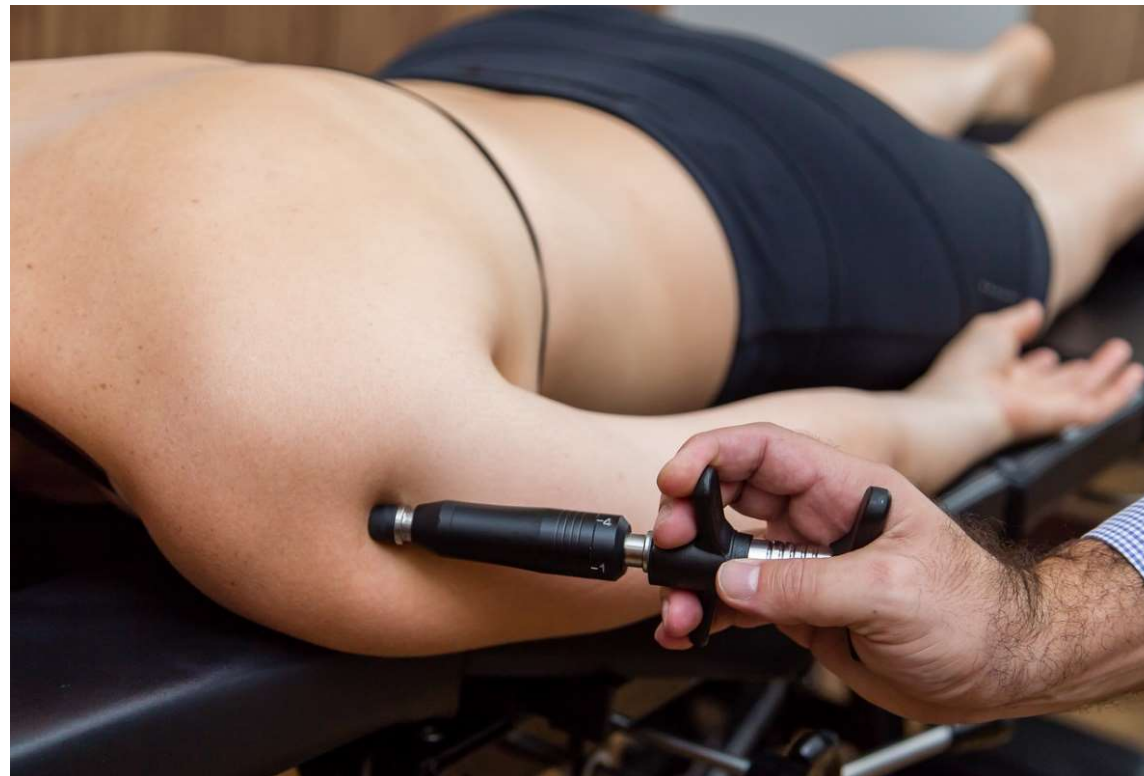
Linha de direção: Lateral



Escápula Medial :

Segundo Passo:

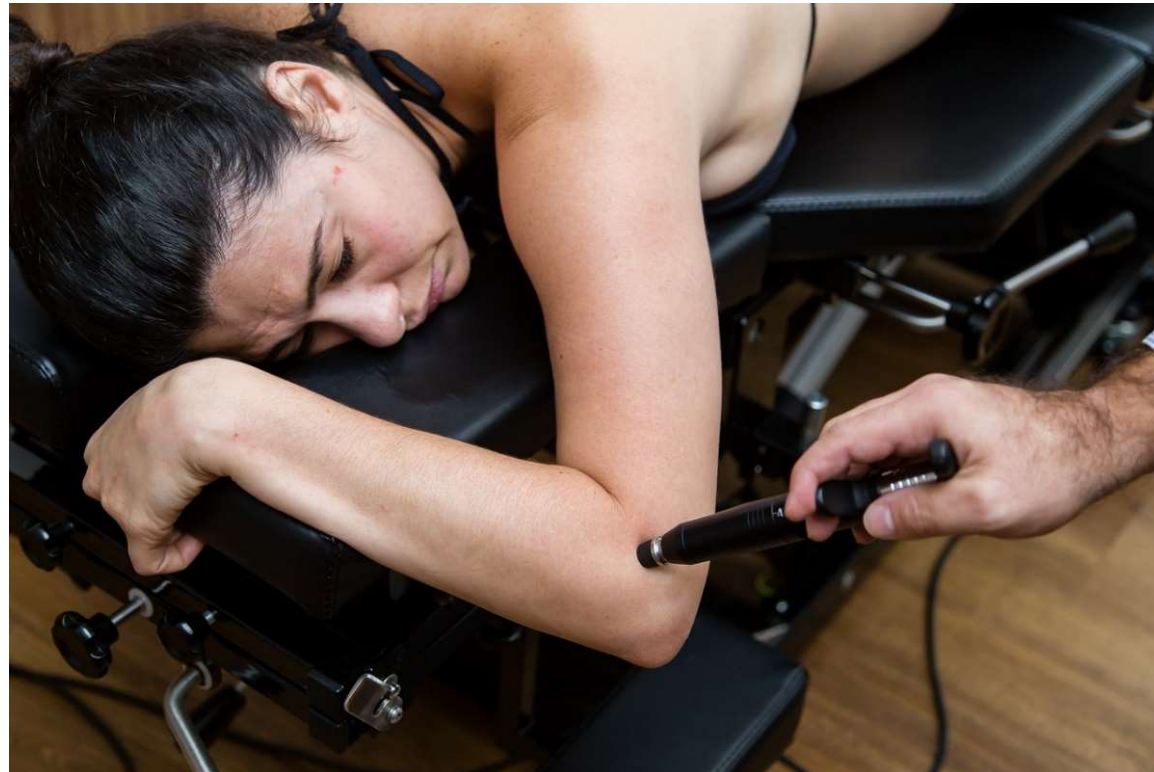
- Ponto de contato: Borda proximal e lateral do úmero
- Linha de direção: Superior



Escápula Medial :

Terceiro Passo:

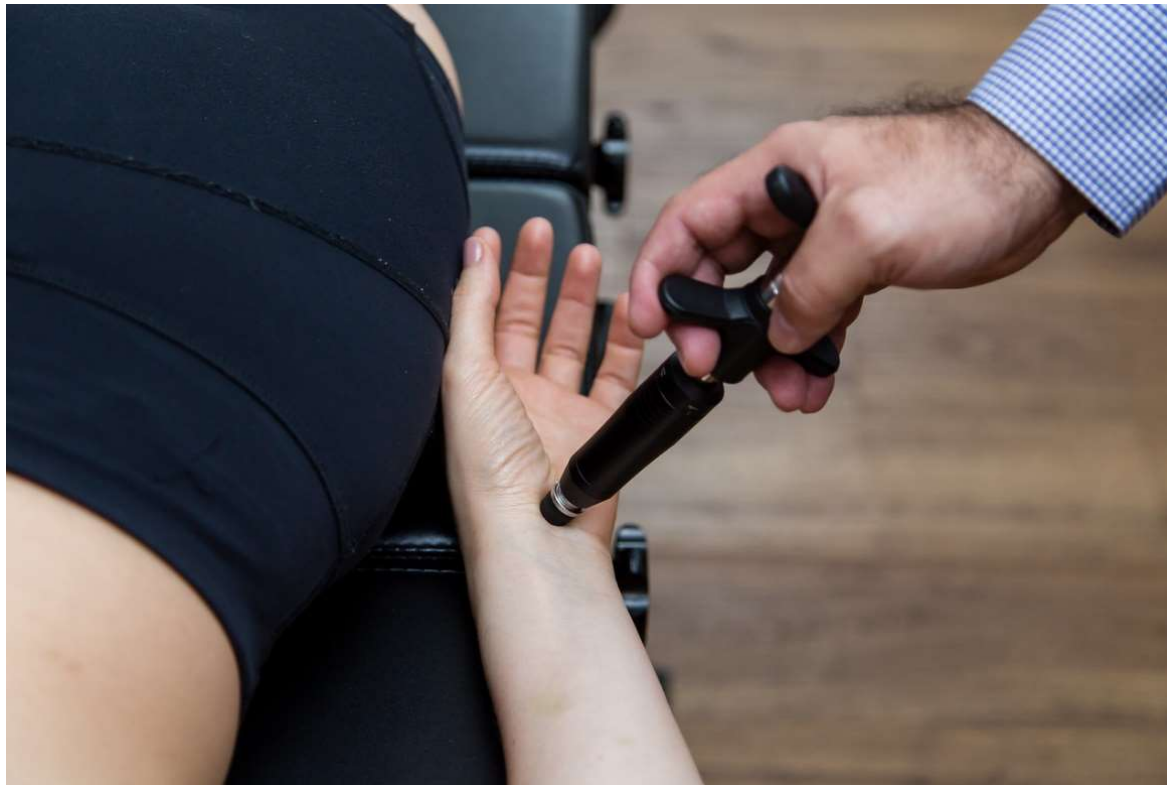
- Ponto de contato: Cabeça do Rádio lateral
- Linha de direção: Anterior inferior sentido distal (direção polegar)



Escápula Medial :

Quarto Passo:

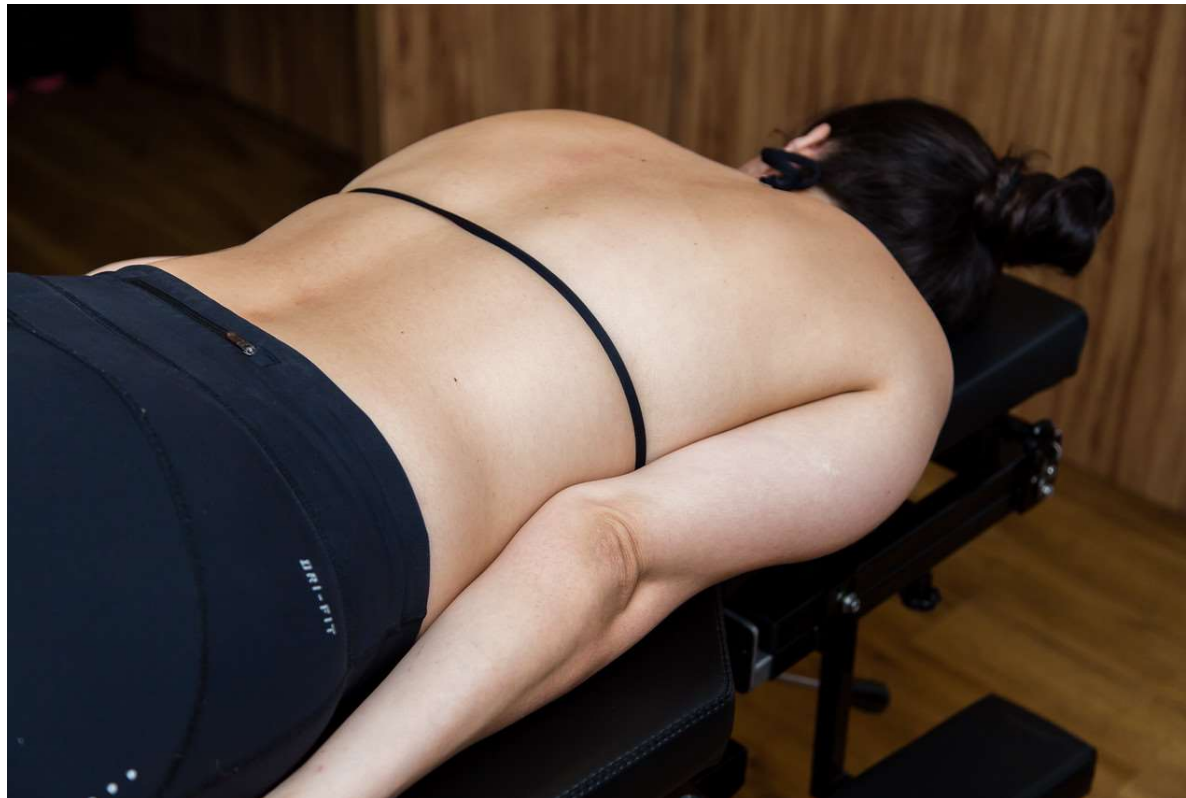
- Ponto de contato: Região anterior de semilunar
- Linha de direção: Posterior



Ombro – Testes

Testes Ativo :

Movimento de adução do cotovelo do lado da Perna Longa



Escápula **Lateral**

Inclinação lateral da escápula em direção da perna longa em TB2
Escolher sempre como parâmetro a perna longa em TB2

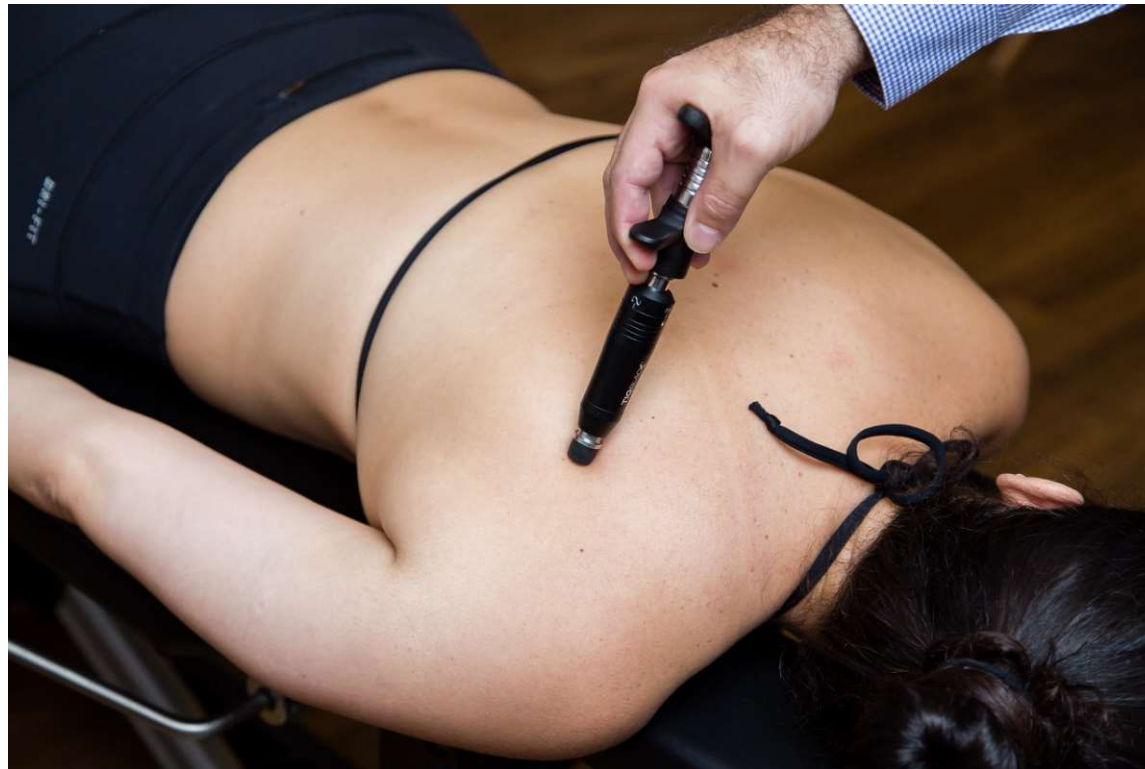


Escápula **Lateral** :

Primeiro Passo

Ponto de contato: Borda inferior da escápula

Linha de direção: Medial



Escápula **Lateral** :

Segundo Passo

Ponto de contato: Borda proximal e lateral do úmero

Linha de direção: Inferior



Escápula **Lateral** :

Terceiro Passo:

Ponto de contato: Ulna Proximal

Linha de direção: Superior e lateral (direção ao olecrano)



Escápula **Lateral**

Quarto Passo:

- Ponto de contato: Posterior da primeira fileira
- Linha de direção: Anterior

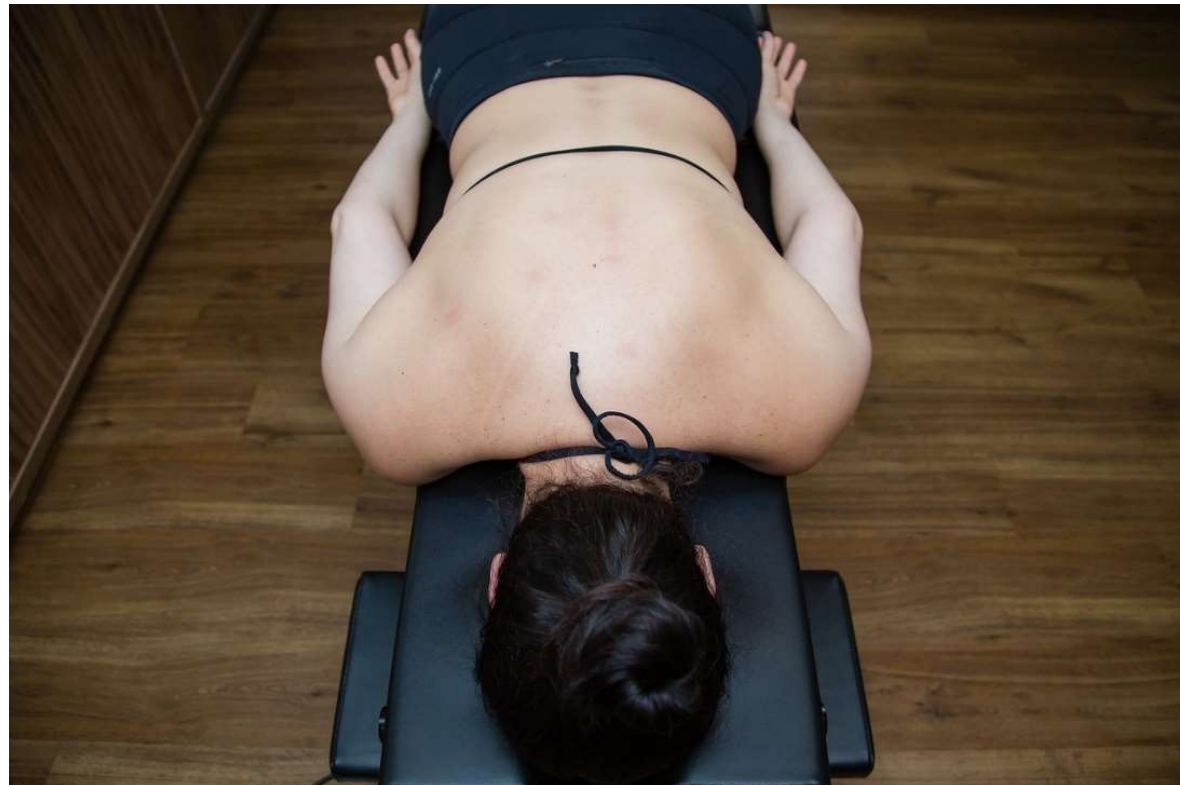


Passo	Ombro Medial (Local)	Sentido	Ombro Lateral (Local)	Sentido
1º	Borda inferior da escápula	Lateral	Borda inferior da escápula	Medial
2º	Borda proximal e lateral do úmero	Superior	Borda proximal e lateral do úmero	Inferior
3º	Cabeça do Rádio lateral	Anterior e inferior sentido distal (direção polegar)	Ulna Proximal	Superior e lateral (direção ao olecrano)
4º	Região anterior de semilunar	Posterior	Posterior do carpo	Anterior

Cervical – Testes

Sétima Cervical (C7)

- Testes Ativo: Posicionar a cervical em posição neutra



Sétima Cervical (C7) :

Ponto de contato:

Faceta de C7

Linha de direção:

Anterior e Superior a 45°



Cervical – Testes

Quinta Cervical (C5)

Testes Ativo: Extensão da cabeça

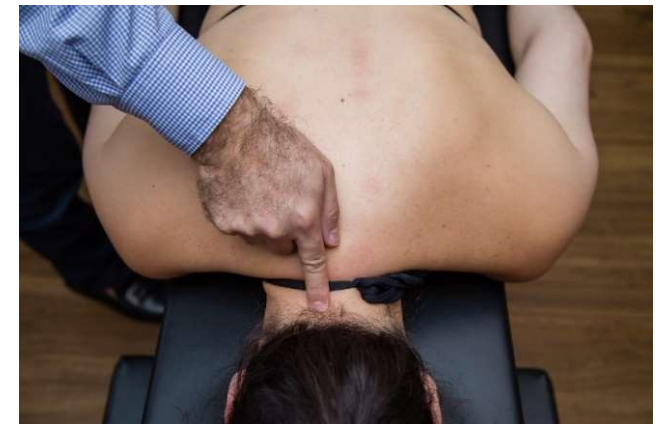
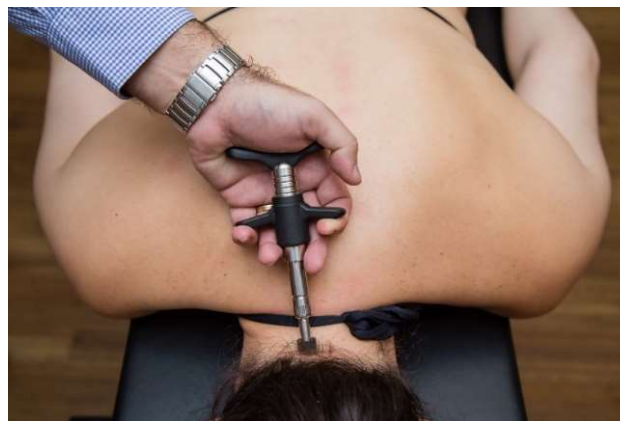


Quinta Cervical (C5) :

Ponto de contato:
Faceta de C5

Linha de direção:

Anterior e Superior a 45°



Atlas e Axis (C 1 / C 2)

Testes Ativo:

Realizar o movimento do queixo em direção ao tórax.



Atlas e Axis (C 1 / C 2)

Primeiro Passo:

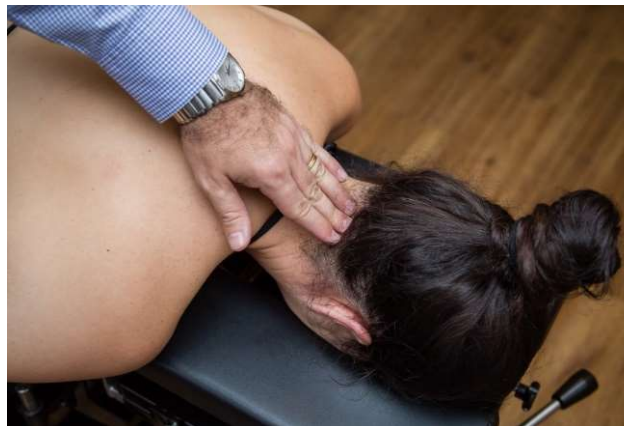
TB1 PC e TB2 PC

Ponto de Contato:

Faceta Articular de C2
contralateral

Linha de direção:

Anterior e Superior a 45°

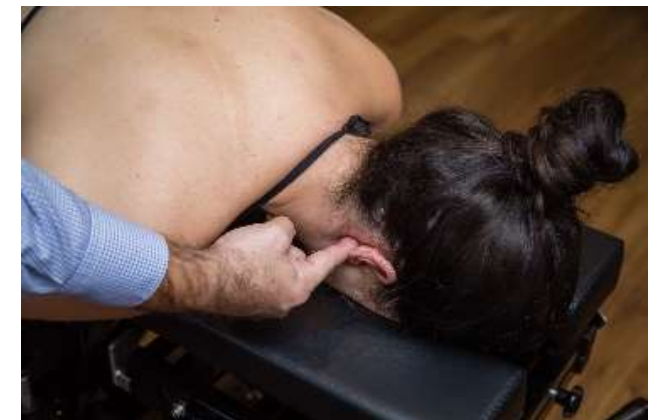
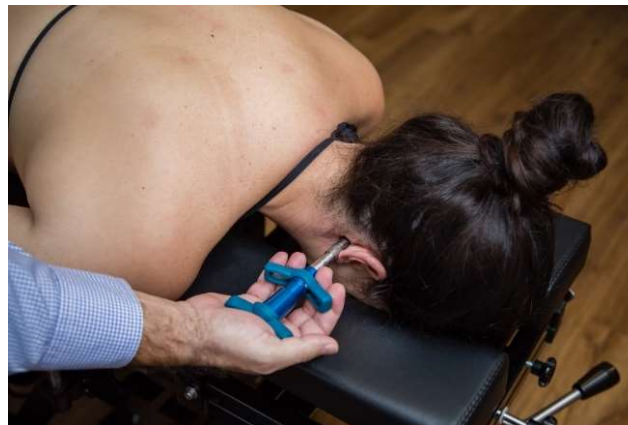


Atlas e Axis (C 1 / C 2)

Segundo Passo:
TB1 PC e TB2 PL

Ponto de Contato:
Processo transverso de
C1 ipsilateral

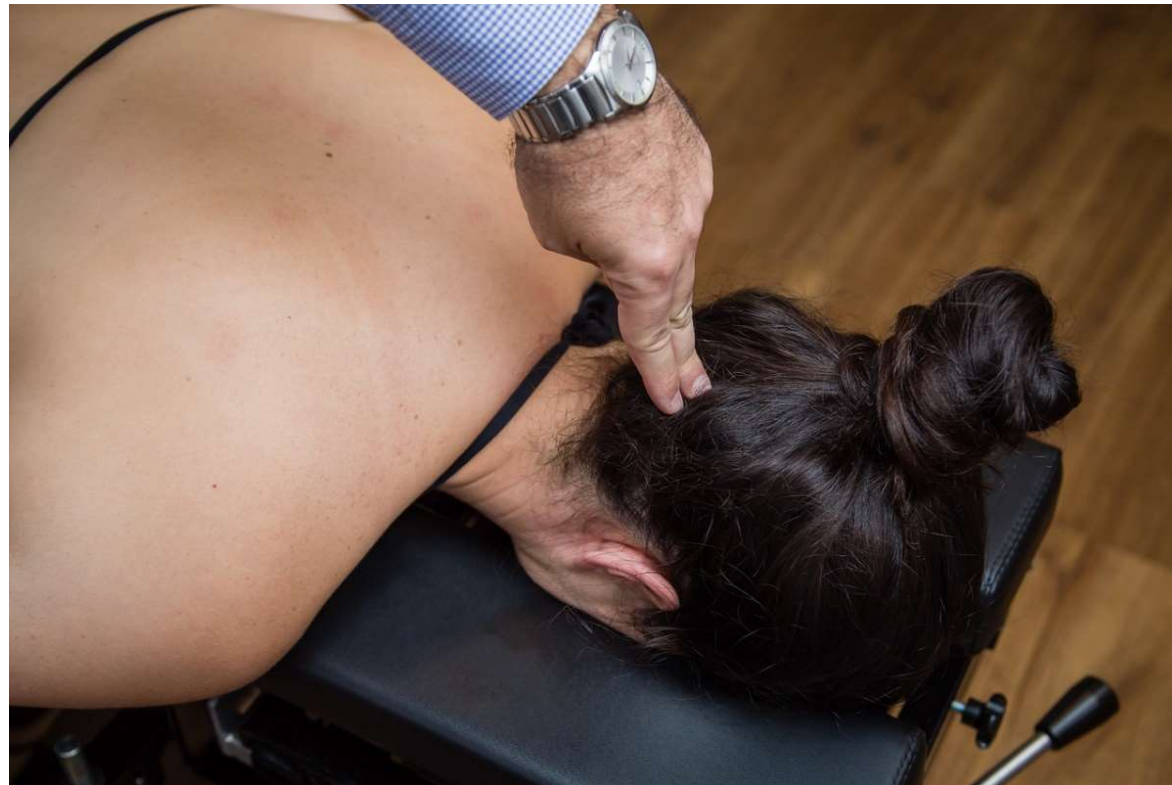
Linha de direção:
Linha reta em sentido
medial



Occipital – Testes

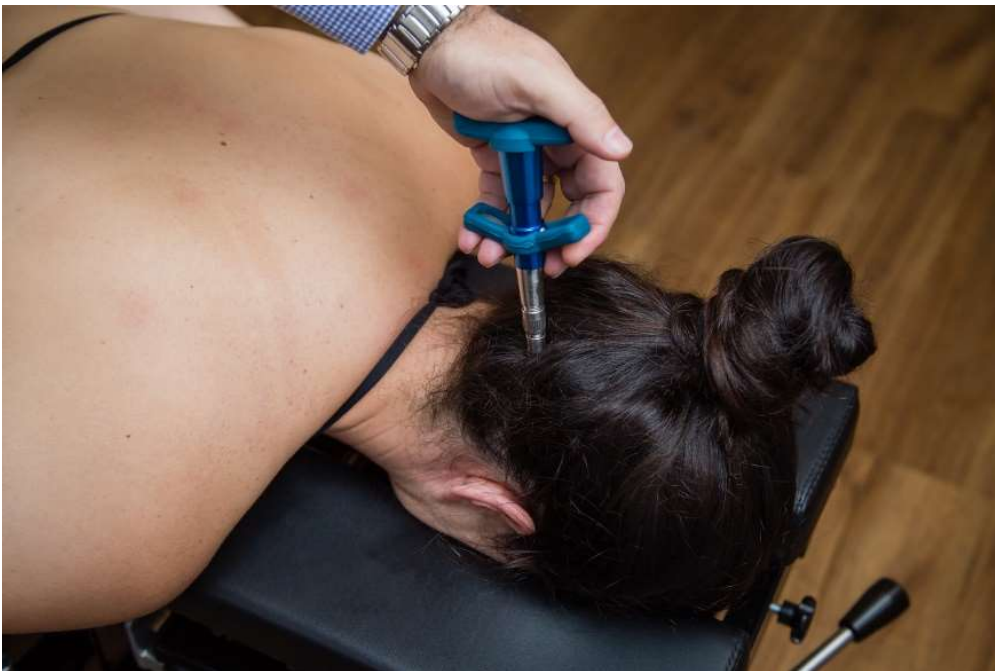
Occipital Posterior

Testes Ativo: Anteriorizar a cabeça em direção a maca



Occipital Posterior – Ajustes

- Ponto de Contato: Região medial do osso occipital
- Linha de direção: Anterior a 90°





Obrigado



Instituto Livta
www.livta.com.br/escola
atendimento@livta.com.br



11 99233-2041



@escolalivta



@drmarciotosi