

**PRIMEIRA EDIÇÃO 2023**



APOSTILA

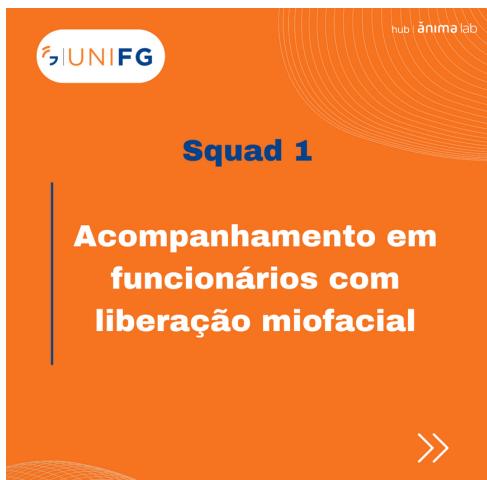
# **TERAPIA MANUAL**

REALIZAÇÃO:



# ALCIDES TENÓRIO

## FISIOTERAPEUTA ESPORTIVO E FUNCIONAL



### COLABORADORES:

**Ingryd B. G. S. F.**

**Bruno U. C. S.**

**Júlia G. C.**

**Pamela S. R. S.**

**Mikaelly A. S.**

**Jessica C. R. S. C.**

**Priscila A. O.**

**Márcia M. S.**

**Mykaelen F. L.**

**Rute G. S.**

**Pâmela T. L. C.**

**Ivanildo C. C. S.**

**E-BOOK**  
**LIBERAÇÃO MIOFASCIAL:**

**Terapia Manual Aplicada a Fáscia**

**RECIFE**

**2023**

<b>ÍTEM</b>	<b>SUMÁRIO</b>	<b>PÁG.</b>
1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
2	<b>METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
3	<b>O QUE É TERAPIA MANUAL?</b>	<b>11</b>
4	<b>FÁSCIA</b>	<b>15</b>
5	<b>PLASTICIDADE</b>	<b>22</b>
6	<b>CONTATO</b>	<b>27</b>

7	<b>TÉCNICA</b>	<b>31</b>
8	<b>CERVICAL E TRAPÉZIO</b>	<b>34</b>
8.I	<b>REGIÃO CERVICAL</b>	<b>34</b>
9	<b>TRAPÉZIO</b>	<b>37</b>
10	<b>ESCÁPULA, OMBRO E PEITORAL</b>	<b>39</b>
10.I	<b>ESCÁPULA</b>	<b>39</b>
II	<b>PEITORAL</b>	<b>46</b>
12	<b>MEMBROS SUPERIORES: BÍCEPS</b>	<b>49</b>

I3	<b>ANTEBRAÇO</b>	<b>49</b>
I4	<b>TRICEPS</b>	<b>50</b>
I5	<b>COLUNA TORÁCICA</b>	<b>52</b>
I6	<b>COLUNA LOMBAR</b>	<b>54</b>
I7	<b>QUADRIL</b>	<b>57</b>
I8	<b>ILIOPSOAS</b>	<b>58</b>
I9	<b>PUBS</b>	<b>58</b>
20	<b>TENSOR DA FASCIA LATA</b>	<b>59</b>

21	<b>COXA: REGIÃO ANTERIOR</b>	60
22	<b>COXA: REGIÃO POSTERIOR</b>	64
23	<b>PÉ</b>	65
24	<b>OBJETIVOS E BENEFÍCIOS</b>	68
25	<b>CONCLUSÃO</b>	69
26	<b>REFERÊNCIAS</b>	71

# **INTRODUÇÃO**

Cada indivíduo é único, assim como o padrão estrutural de cada pessoa também é único, uma expressão das muitas variáveis que se combinam para criar a forma em cada um de nós. Assim, qualquer análise da estrutura é necessariamente limitada. Seja por escolha consciente ou inconsciente, por design herdado ou hábito aprendido, por trauma físico ou psicológico, moldamos nosso corpo e, portanto, o tecido que o sustenta.

Esta obra, mostramos a você sobre os fundamentos e benefícios da liberação miofascial, individualidade biológica e as técnicas abordadas.

Devido à individualidade fisiologica do padrão humano, é difícil fornecer uma análise unica e linear e metodologica de todas e quaisquer possibilidades.

A lógica por trás de uma técnica de liberação miofacial pode causar um impacto muito diferente em cada pessoa. É entender que cada pessoa irá reagir de uma maneira diferente a mesma técnica, entender os conceitos DOR e principalmente suas características e INDIVIDUALIDADE.



# **METODOLOGIA**

**A terapia manual é uma área da fisioterapia que utiliza técnicas manuais para tratar condições neuromusculoesqueléticas. As técnicas incluem mobilizações articulares, manipulações articulares e mobilizações dos tecidos moles realizados pelas mãos de um fisioterapeuta com esse conhecimento. O objetivo da terapia manual é diminuir a dor, melhorar a amplitude de movimento e aumentar a função. As técnicas são utilizadas para prevenir e tratar disfunções musculares, osteoarticulares, orgânicas e funcionais, assim como as manifestações de dores.**

**(I) Guia da Terapia Manual: tudo que você precisa saber sobre a técnica.**

[https://blogfisioterapia.com.br/guia-da-terapia-manual/.](https://blogfisioterapia.com.br/guia-da-terapia-manual/)

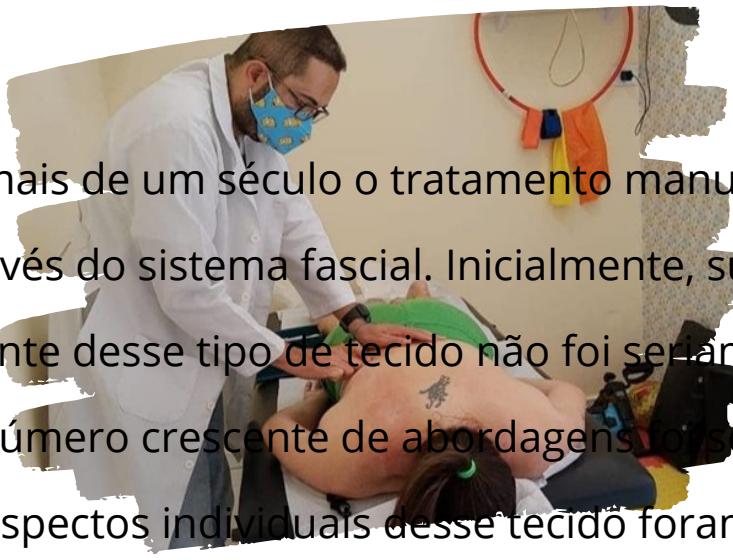
**(2) O que é a terapia manual? « Dra. Elaine Daltoe.**

[https://fisioterapiaelainedaltoe.com.br/2016/04/26/o-que-e-a-terapia-manual/.](https://fisioterapiaelainedaltoe.com.br/2016/04/26/o-que-e-a-terapia-manual/)

**(3) Terapia Manual: Definições, Princípios e Conceitos Básicos..**

[https://www.terapiamanual.com.br/site/noticias/arquivos/2009I2I5II28380.artigo\\_I9.pdf](https://www.terapiamanual.com.br/site/noticias/arquivos/2009I2I5II28380.artigo_I9.pdf)

# O QUE É TERAPIA MANUAL?



Há mais de um século o tratamento manual do corpo humano é realizado através do sistema fascial. Inicialmente, sua visão do significado abrangente desse tipo de tecido não foi seriamente considerada; no entanto, um número crescente de abordagens foram sendo desenvolvido, no qual os aspectos individuais desse tecido foram revelados com mais detalhes.

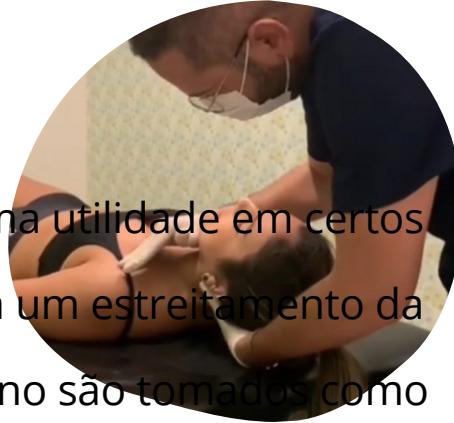
Durante a década de 1930, a ciência da anatomia concentrou-se nas camadas fasciais da região do pescoço, com o objetivo de descobrir os caminhos de transmissão de certos patógenos. Mais tarde, quando começaram as pesquisas sobre a função do tecido conjuntivo no sistema imunológico, o papel do tecido conjuntivo em geral atraiu muito mais interesse. No entanto, as camadas de tecido conjuntivo e suas formações especiais, as fáscias, receberam muito menos atenção do que as áreas clássicas do sistema musculoesquelético, sistemas orgânicos e sistemas nervosos. O papel desempenhado pelo tecido conjuntivo para e entre esses três sistemas individuais era pouco conhecido.



Embora essa descrição limitada tenha alguma utilidade em certos ramos da medicina, ela também contribui para um estreitamento da perspectiva, na qual nossos modelos do corpo humano são tomados como a realidade objetiva e, portanto, a viabilidade de outros modelos com outros esquemas e pontos de vista de classificação é ignorada.

Enquanto isso, a ciência da anatomia nos mostrou que o tecido conjuntivo de cada um dos sistemas mencionados acima tem funções claramente descritíveis. Sabe-se que está tão presente nas camadas epimisial e divisional do sistema musculoesquelético, quanto nas camadas do tecido fascial dos órgãos e nas camadas perineurais do sistema nervoso. A histologia é capaz de mostrar a presença de tecido conjuntivo, que varia de grandes áreas de tecido subdérmico ao periosteio e às menores unidades da célula.

Agora temos informações suficientes para entender as funções de cada uma das várias camadas de tecido conjuntivo dentro de um sistema corporal. Podemos ver como o sistema fascial envolve os músculos individuais, os divide e os conecta ao periosteio por meio dos tendões. Podemos ver como as membranas se estendem do interior do crânio por



meio da dura-máter e perineúria até as melhores arborizações do nervo nervoso. E, portanto, é possível construirmos uma planta geral do corpo como um sistema entrelaçado de câmaras de tecido conjuntivo.

Esse tipo de análise e classificação fornece informações sobre as funções que o tecido conectivo desempenha para os subsistemas anatomicamente definidos. Também sabemos quais funções gerais o tecido conjuntivo desempenha no metabolismo e no sistema imunológico. No entanto, ainda não está claro como surgem as conexões entre os subsistemas individuais e como o tecido conjuntivo, como órgão da forma, fornece os alicerces para essas conexões no mosaico geral do corpo.

As técnicas descritas neste livro aplicam-se às camadas externa e subdivisional, seja no sistema musculoesquelético, no sistema orgânico ou no sistema nervoso, ou, se escolhermos as classificações osteopáticas tradicionais, na região parietal, visceral ou craniossacral. O objetivo do tratamento é produzir mobilidade fisiologicamente conveniente entre os componentes individuais de uma região.

Se conseguirmos uma maior mobilidade em uma região, os efeitos também serão sentidos nas outras regiões. Na prática do tratamento fascial



e de membrana, a interconexão tridimensional de fáscias e membranas significa que os efeitos de uma intervenção manual simplesmente não podem ser limitados a um subsistema individual do corpo. As técnicas de mobilização, assim que são aplicadas ao sistema do tecido conjuntivo, são sempre um processo que muda também a forma de todo o organismo. No entanto, a maioria dos procedimentos de exame, em particular os testes de mobilidade ministrados nas escolas manuais, referem-se apenas aos subsistemas; portanto, existe uma lacuna de informações sobre a forma como um único subsistema se constitui em relação à interconexão dos sistemas entre si na prática também.

As técnicas descritas aqui abordam essa função mediadora. Embora essas técnicas se apliquem às várias camadas individuais desses agregados que chamamos de parietal, craniossacral e visceral, elas também devem ser aplicadas, na medida do possível, às inter-relações de forma mais ampla e global.

Ela se molda em torno de nossos padrões de movimento na respiração, caminhada, ocupação e ocupação. É moldada por nossas atitudes psicológicas, pelos movimentos que eles permitem e não



# FÁSCIA

**A fáscia é o tecido conjuntivo do corpo. Feito principalmente de colágeno, é uma estrutura fibrosa que conecta músculos, ossos, tendões, ligamentos e sangue, apoiando e protegendo os principais grupos musculares e órgãos. É essencialmente o que nos mantém unidos, está em todo o nosso corpo. A fáscia é importante porque ajuda a manter a postura e a estabilidade do corpo. Além disso, ela ajuda a proteger os músculos e órgãos internos de lesões.**

(1) O que é fáscia? Qual a sua importância? | Sportlux. <https://www.sportlux.com.br/blog/o-que-e-fascia>.

(2) Qual a definição de fáscia: o que é e pra que serve este sistema?

<https://blogfisioterapia.com.br/qual-a-definicao-de-fascia-o-que-e-e-pra-que-serve-este-sistema/>.

(3) O que é Fascia? - Universidade da Fáscia. <https://universidadedafascia.com/o-que-e-fascia/>.

(4) Fáscia: Anatomia, estrutura e função | Kenhub.

<https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/fascia-pt>.



A proporção de fibras colágenas e elásticas em qualquer área da fáscia depende das demandas funcionais impostas ao tecido nessa área.

Se houver fortes tensões de tração no tecido, a porção de colágeno predominará e haverá menos fibras elásticas. Se a forma de um segmento do corpo mudar repetidamente, o equilíbrio mudará para as fibras elásticas, que neste caso substituirão parcialmente as fibras de colágeno.

Em uma abordagem funcional do sistema musculoesquelético, não é possível discutir as fáscias separadamente das fibras musculares às quais elas pertencem. Não há tônus muscular sem um tensionamento correspondente das fáscias, e nenhum tensionamento das fáscias sem tônus muscular. A anatomia se refere a essa interconexão inseparável como "unidade miofascial".

No entanto, existem também camadas de fáscias com uma dinâmica independente surpreendente que, dificilmente, pode ser causada por atividade muscular. Essas camadas se conectam ao periósteo do osso por ligamentos sem musculatura interveniente. Um exemplo é a seção inferior da fáscia lombar. Ele forma uma unidade densamente entrelaçada com os



ligamentos sacroilíacos no lado posterior do sacro e, através dos ligamentos sacroilíacos, se conecta ao periósteo do sacro.

As funções de investimento, diferenciação e suporte da fáscia muscular normal variarão à medida que avançamos em direção às origens dos músculos. As forças de tensão aumentam à medida que nos aproximamos das origens, e isso gera uma compactação aponeurótica do tecido. No entanto, mesmo essas estruturas fasciais compactas, como a “fáscia normal” dos músculos, têm uma camada deslizante, o epimísio, por baixo delas.

O termo fáscia é frequentemente usado em anatomia também para camadas como a fáscia endotorácica uma camada muito fina que consiste em grande parte de tecido conjuntivo frouxo. A fáscia endotorácica exibe a estrutura fibrosa típica da fáscia apenas em sua região superior, no nível da cúpula pleural. A fáscia endotorácica tem uma função completamente diferente da fáscia muscular, pois permite que a pleura parietal deslize em relação à parede torácica interna.



Embora esse uso não possa ser totalmente justificado do ponto de vista histológico, sua aceitação quase universal tem uma certa validade. As várias formas de tecido conjuntivo as camadas táticas dos órgãos, as conexões ligamentares e membranosas entre os ossos e suas camadas deslizantes associadas desempenham a mesma função, apesar de suas diferenças estruturais: funções como a regulação da manutenção da forma e a possibilidade de movimento entre componentes únicos. A maioria dos tipos de tecido conjuntivo desempenha essas funções de maneira semelhante e, portanto, são comparáveis às fáscias no sentido mais restrito da palavra. Além disso, há uma continuidade, uma interconexão global, entre as várias formas de tecido conjuntivo. Bandas individuais, como as retináculos da articulação do tornozelo, são simplesmente concentrações locais de fibras da fáscia, neste caso, como parte da fáscia crural da perna. Em certo sentido, portanto, as bandas também podem ser entendidas como uma forma especializada do sistema fascial e de membrana.

Todos os tecidos conjuntivos normalmente fornecem ao organismo uma flexibilidade e uma estabilidade conectiva, porque são compostos de certos materiais intercelulares e também de células. A totalidade desses



materiais intercelulares é referida na anatomia como matriz extracelular. Essa matriz é composta de fibras colágenas e elásticas, além de substância triturada. As propriedades do material das várias formas de tecido conjuntivo dependem muito da proporção da fibra e da substância fundamental dentro dessa matriz. O colágeno e as fibras elásticas têm propriedades materiais totalmente diferentes.

As fibras de colágeno geralmente podem ser esticadas apenas até 5% do seu comprimento.

As fibras elásticas não exibem nenhuma estrutura ordenada e são visíveis em microscópios eletrônicos como uma massa amorfa. Eles consistem em elastina, na qual as microfibrilas estão incorporadas. Sua elasticidade surge da estrutura da própria elastina. É composto de moléculas de protoelastina interconectadas, dispostas de maneira que possam ser alongadas e, no entanto, retornar ao seu comprimento original.

As fibras elásticas podem ser esticadas reversivelmente até 150% do seu comprimento. Dentro desse intervalo de extensão, eles retornam ao seu comprimento inicial, no entanto, se eles forem estendidos além disso, isto



é, além de 150% do seu comprimento inicial, ocorrerá uma deformação a longo prazo das fibras elásticas.

Isso significa que o tecido conjuntivo que contém uma quantidade alta de elastina é particularmente suscetível a processos de deformação. Até certo ponto, isso explica a plasticidade dos tecidos conectivos. Portanto, uma superextensão irreversível de certas fibras terá um efeito de longa distância em outras áreas do organismo, uma vez que mudanças na tensão são transmitidas por todo o sistema interconectado de toda a rede fascial.

As propriedades do material da elastina são responsáveis pela transmissão de forças dimensionais, juntamente com as fibras de colágeno, que possuem uma flexibilidade mais limitada. Se a tensão é aplicada às fibras de colágeno, elas são puxadas de sua posição de descanso para uma extensão linear. Se essa força é reduzida, as forças elásticas entram em vigor, a tensão inicial do colágeno combina com a elasticidade da elastina para puxar as fibras de volta à sua posição de repouso. No tecido conjuntivo frouxo, o gel intercelular amorfado, substância fundamental, desempenha um papel nesse processo, permitindo o



deslizamento das superfícies adjacentes. A substância do solo tem uma alta capacidade de ligação à água e, além de suas chamadas células fixas, também abriga células livres que são capazes de vagar pelo tecido. Isso é particularmente importante nos movimentos deslizantes dos órgãos durante o movimento da respiração.

As fáscias musculares contêm muito pouco dos tipos frouxos de tecido conjuntivo, mas muito mais dos componentes formados da matriz intercelular: as fibras de colágeno levemente flexíveis e as fibras

elásticas

mais flexíveis. As fibras se organizam de acordo com a forma como as forças de tração atuam no tecido conjuntivo rígido. Se as forças de tração vêm de várias direções diferentes, um arranjo tecido de fibras é típico, como é encontrado nas fáscias do tecido muscular, por exemplo. Se, em vez disso, apenas forças lineares forem aplicadas ao tecido, as fibras se alinharão de maneira paralela, como pode ser visto, ao microscópio, no alinhamento levemente cravado das fibras que formam tendões. Quando tensões pesadas de longo prazo são aplicadas ao tecido, o colágeno rígido sobrepõe cada vez mais a elastina. As camadas mais densas do tecido tornam-se mais capazes de resistir à tensão, mas no processo se tornam



menos adaptáveis à medida que parte da qualidade elástica da elastina é perdida.

Pequenas pontes elásticas também podem ser encontradas em tecidos principalmente inelásticos. Isso pode ser encontrado, por exemplo, na interface entre tendões e ossos. O tendão não é fixado diretamente no osso, mas sim colado ao periosteio por uma fina camada de tecido conjuntivo.

## **PLASTICIDADE**

A plasticidade muscular é a capacidade do músculo de se adaptar a diferentes estímulos, como o exercício físico. A contração muscular induz diversas modificações em complexas vias de sinalização que regulam a plasticidade do músculo esquelético, dentre elas, a elevação do turnover do ATP, do fluxo de cálcio, do balanço redox, da produção de espécies reativas de oxigênio e o aumento da pressão intracelular de oxigênio, ativando sensores.



recebe tensões mecânicas que alinham suas fibras em determinadas direções.

As fibras reticulares típicas da fáscia muscular geralmente tendem a se alinhar em uma direção transversal em relação à linha de tração do músculo. Isso ocorre porque as forças são exercidas em várias direções espaciais. Esse arranjo em forma de tecido permite a cooperação com a camada deslizante, ou epimísio, e a fáscia e as fibras musculares, à medida que o músculo muda de forma. Aqui, a proporção relativamente grande de tecido conjuntivo fibroso na fáscia muscular atua como um limite espacial, permitindo que seja esticado apenas até uma extensão muito limitada.

Se uma mudança de volume atua sobre uma camada fascial sobre uma superfície grande, como podemos observar no tórax durante a respiração, mais elementos elásticos de fibras e fluidos da substância fundamental são integrados à fáscia. Esse processo é evidente se observarmos a estrutura morfológica da fáscia endotorácica.

Imediatamente após o nascimento, quando a criança está respirando pela primeira vez, é exercido um impulso de alongamento em uma grande



área, de fato em todas as camadas intermediárias da parede do tórax. Nesse processo, a fáscia endotorácica funciona como um elemento elástico deslizante entre a parede torácica e a pleura parietal, que une de perto a pleura visceral e, portanto, o pulmão. Forças expansivas bidimensionais são exercidas durante a respiração e isso induz a fáscia endotorácica a se transformar em uma camada elástica relativamente fina. Curiosamente, ele tem uma consistência material diferente em apenas uma pequena seção. Esta seção está localizada na região superior da cúpula pleural, onde a fáscia endotorácica cobre as protuberâncias da cúpula. Nesta área, a fáscia endotorácica tem uma proporção maior de camadas fibrosas e, portanto, possui propriedades remanescentes de uma fáscia muscular.

Esses recursos não surgem por acaso. Na seção superior da fáscia endotorácica, na região referida na literatura como fáscia de Gibson, forças de tração estão constantemente em ação. Existe uma conexão direta entre a fáscia de Gibson e a coluna cervical por meio de uma divergência de tecido em faixa da fáscia escaleno. À medida que os músculos escalenos se contraem e elevam as costelas superiores, uma parte essencial do



processo respiratório, as forças de tração rítmicas agem sobre a parte superior da fáscia endotorácica. A fáscia reage a esse efeito elástico unificado e dependente da direção, alinhando suas fibras e substituindo parcialmente a porção elástica das fibras por fibras de colágeno inelásticas.

Este exemplo mostra como o esforço funcional das forças pode ter um efeito estrutural duradouro na morfologia de uma camada fascial individual e pode induzir diferentes tipos de estrutura tecidual dentro da mesma fáscia, dependendo de sua função. A camada fibrosa e menos elástica na parte superior da fáscia de Gibson é consistente com a mecânica da tração que atua na direção superior a cada entrada de ar e com as pequenas alterações no volume que ocorrem lá. As finas camadas elásticas da fáscia na região torácica média e inferior, no entanto, são mais ricas em fluidos e mais consistentes com as mudanças manifestamente

grandes no volume respiratório que ocorrem ali; essa expansão torácica tem um efeito bidimensional na fáscia, além das forças de tração que têm um efeito relativamente pequeno lá.



Essas adaptações ocorrem por um longo período de tempo. A forma exterior do corpo está em um processo de constante mudança através dos processos de formação de novos tecidos, realinhamento das fibras e mudanças na hidratação dos tecidos conjuntivos.

Ao tratar as fáscias e as membranas, tentamos influenciar esse processo de adaptação e encorajá-lo em uma direção específica. Influenciamos o tecido para que sua tendência autorregulatória inerente seja reforçada em uma direção mais apropriada à sua função. De certa forma, a terapia deve acelerar os processos contínuos e de longo prazo de adaptação funcional. A experiência sugere que nossas intervenções terapêuticas podem levar a mudanças imediatas no padrão das tensões nos tecidos. Os padrões de tensão são simplesmente o entrelaçamento espacial de várias tensões fasciais; eles persistem apesar da atividade muscular sobreposta e de alterações posturais. Assim, além dos processos de adaptação a longo prazo, parece haver uma mudança direta de tensão na rede fascial que é mais ou menos irreversível.



# CONTATO

O contato da mão do terapeuta no paciente pode variar dependendo da técnica utilizada. Por exemplo, na técnica de \*\*mobilização articular\*\*, o terapeuta faz uma pinça em cada mão com a polpa de seu polegar e segundo dedo. O osso proximal é fixo enquanto o osso distal se move no sentido AP / PA ou contato com a falange é feito pelas suas faces lateral e medial, realizando o movimento deslizamento em abdução e adução<sup>1</sup>. Já na técnica de \*\*massagem terapêutica ou manipulação\*\*<sup>2</sup>, o terapeuta mantém contato com a palma da mão sobre a pele do paciente. O objetivo desta técnica é estabelecer um contato gradualmente e entrar em sintonia com o paciente. O ritmo deve ser lento e a intensidade deve causar uma sensação de relaxamento<sup>3</sup>.

Os contatos manuais do terapeuta estimulam os receptores cutâneos e os de pressão do paciente. Esses contatos informam ao paciente a direção correta do movimento. As mãos do terapeuta devem ser posicionadas de uma forma que apliquem uma pressão oposta à direção do movimento<sup>2</sup>.



guiados em outras direções e, de certa maneira, novas realidades objetivas são criadas.

Essas novas realidades objetivas podem incluir, por exemplo, mudanças verificáveis no trajeto do movimento de uma articulação, melhor comportamento de deslizamento de camadas de tecido adjacentes umas às outras e troca de fluidos melhorada entre as cavidades do corpo.

No entanto, esse ponto de vista não leva em conta o fato de que o tratamento manual envolve um processo de comunicação em várias camadas, semelhante em muitos aspectos à psicoterapia. Na prática moderna, esse fato importante é cada vez mais ignorado à medida que o uso de dispositivos físicos começa a moldar o curso normal da terapia. Não queremos discutir aqui quão eficazes ou ineficazes esses dispositivos são ou quão específica ou inespecificamente eles influenciam o corpo.

Esse tipo de pergunta crítica pode ser feito apenas no contexto de estudos empíricos. No entanto, é uma pergunta legítima e importante para qualquer pessoa envolvida na prática cotidiana explorar a maneira pela qual esse tratamento “mãos livres” difere do tratamento em que as mãos do terapeuta são usadas. O uso de dispositivos médicos que administram



impulsos mecânicos, elétricos ou eletromagnéticos pode, por exemplo, alterar local ou globalmente o tônus muscular ou fornecer estímulos ao sistema nervoso de uma maneira claramente definida. No entanto, esses dispositivos são incapazes, ou apenas em uma extensão muito limitada, de registrar a resposta do organismo ao mesmo tempo em que administram os impulsos, de processar a resposta como feedback e de usar esse feedback para modificar os impulsos administrados de maneira durável. Os estímulos desses dispositivos são, portanto, fundamentalmente diferentes dos estímulos originários da mão humana. A diferença está no fato de que a mão humana é capaz de variar seus estímulos usando feedback do cérebro de uma maneira quase infinita, e, portanto, é capaz de registrar as respostas do organismo que está sendo tratado enquanto administra os impulsos. Em outras palavras, a mão pode ser usada simultaneamente para transmitir e receber informações; a mão fornece um estímulo e, ao mesmo tempo, registra o efeito desse estímulo no organismo do paciente. Para permitir que esse processo ocorra, uma série de pré-condições para o cenário terapêutico deve ser levada em consideração.



Para fazer uso de ambos os aspectos do toque, transmissão e recebimento, isto é, administração do impulso e observação da resposta, o terapeuta deve depender de poder alternar livremente entre o uso ativo e passivo das mãos. Veremos que, para certas técnicas, é possível e até necessário que parte da mão seja ativamente engatada, enquanto outra parte da mesma mão se comporta passivamente. Esse tipo de uso diferenciado do contato terapêutico só pode ter sucesso se o terapeuta for capaz de garantir um ambiente "neutro".

Esse cenário “neutro”, o cenário terapêutico, é caracterizado por algumas regras básicas de comunicação.

**(I) FISIOTERAPIA APLICADA A ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AULA PRATICA PUNHO E .... [https://bing.com/search?  
q=como+deve+ser+o+contato+da+m%c3%a3o+do+terapeuta+no+paciente.](https://bing.com/search?q=como+deve+ser+o+contato+da+m%c3%a3o+do+terapeuta+no+paciente)**

**(2) Massagem terapêutica ou manipulação - Fisioterapia para todos.**  
[https://www.fisioterapiaparatodos.com/p/terapia/massagem-terapeutica/.](https://www.fisioterapiaparatodos.com/p/terapia/massagem-terapeutica/)  
**(3) Guia Definitivo: Saiba Tudo Sobre o Método Kabat - Blog Fisioterapia.**  
[https://blogfisioterapia.com.br/metodo-kabat/.](https://blogfisioterapia.com.br/metodo-kabat/)



# TÉCNICA

A técnica utilizada nesta obra, faz parte do conceito de terapia manual, pois hoje sabemos que a fáscia pode ser liberada ou estimulada.



A liberação miofascial manual é uma técnica que atua mobilizando manualmente a fáscia com o objetivo de aliviar o dor, restaurar a função e a mobilidade e corrigir sequências de traumas físicos e emocionais.

Ela permite ajustar o alinhamento muscular, restaurar e desimpedir o movimento de todos os tecidos e restabelecer uma textura, resistência e função dos tecidos. Além disso, visto quebrar o tecido cicatricial e aderências que causam dor, rigidez, fraqueza, dormência e disfunções relacionadas a lesões.

Somado tudo isso, uma liberação miofascial melhora a mobilidade e a amplitude de movimento, reduz o tecido cicatricial e as adesões, diminui os bônus dos músculos hiperativos, melhora a qualidade do movimento, reduz a rigidez arterial e melhora a função vascular endotelial. Ela envelheceu através de um processo chamado histerese, que é propriedade pela qual o trabalho deformado é um material que causa calorias, portanto, perda de energia, é possível ativar o movimento do tecido, barreira por barreira, até que ocorra a liberação da fáscia.



Uma técnica que provoca alterações na viscosidade da fáscia que geram um melhor deslizamento dos tecidos, eliminando a pressão excessiva em áreas dolorosas e restaurando ou alinhando. Ela atua sobre as células musculares, que responde com uma contração reflexa aos alongamentos rápidos, e sobre os órgãos tendinosos de Golgi, que são responsáveis por captar informações proprioceptivas de exercícios e tendões. Uma pressão exercida pela liberação miofascial pode inibir os fusos musculares e estimular o OTG, como alterar ou reduzir os bônus musculares que levam a um relaxamento muscular, permitindo que os músculos se contraiam e se alonguem do modo mais eficiente. Ainda assim, como as melhores opções após a liberação miofascial são devidas ao acompanhamento de componente elétrico, para liberação de capturas cruzadas que podem desenvolver pontos nodais da tela e alterar a viscosidade da tela.

Uma manipulação miofascial pode ser executado com ou sem instrumentos, ou seja, de forma manual. Um manual miofascial de liberação envolve o uso de técnicas como fricção, deslizamento, compressão, alongamento, percussão e vibração. Já a liberação miofascial



com instrumentos pode ser feita com vários instrumentos, como crochê (ganchos) ou instrumentos de Gastron. Muitos desses instrumentos foram desenvolvidos para aliviar a sobrecarga sobre a mão do terapeuta e também para alcançar áreas em que a mão não consegue alcançar.

## CERVICAL E TRAPÉZIO

### REGIÃO CERVICAL

A liberação do músculo em questão é através da técnica de pinça. É possível visualizar a técnica em questão na imagem a seguir.



Faz-se a pinça, apertando a musculatura, de 30 a 90 segundos, até liberar a musculatura. O paciente deve se manter relaxado. Esta é uma musculatura que pode causar certa dor ou desconforto ao realizar-se a liberação, bem como é possível alguma dor referida nas zonas da cabeças, dos olhos ou outras regiões.

Nas regiões próximas da nuca, caso o paciente não aguente a dor, é possível realizar uma elevação e leve rotação do pescoço, como forma de diminuir a dor.



Importante ressaltar que o paciente deve se manter relaxado, cabendo ao profissional sustentar a cabeça daquele.

Outros músculos importantes para a liberação são os da região do occípito. Através do movimento de pressão, conforme imagem que segue, é realizada a liberação.





# TRAPÉZIO



Outra musculatura muito importante é a da região do trapézio. A liberação desta musculatura pode ser feita através da digitopressão, conforme as imagens que seguem. É importante manter a pressão até o paciente relatar o desaparecimento ou diminuição expressiva da dor.



É importante ir apalpando a musculatura, encontrando os pontos gatilho, e exercendo a digitopressão para liberá-los. Seguindo todo o trajeto do músculo.

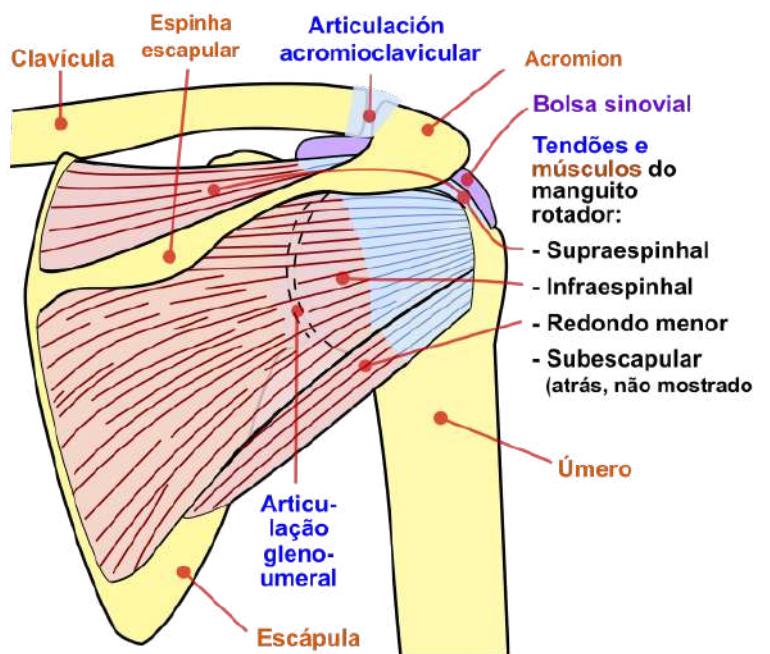
É possível fazer a liberação através da técnica de gancho. Com o paciente em decúbito dorsal, aplique o gancho nos pontos gatilho, até sentir a liberação do músculo. Seguem imagens de exemplo.



# ESCÁPULA, OMBRO E PEITORAL: ESCÁPULA

Passamos a liberação da escápula.

Primeiramente, apalpamos o músculo redondo maior, para encontrar os pontos gatilho. É comum que o paciente sinta desconforto ou dor, principalmente se a musculatura estiver contraturada. Esta dor pode referir para outras áreas do corpo.



Ao encontrarmos o músculo e o ponto gatilho, utilizamos a digitopressão para realizar a liberação miofascial. Seguramos a pressão até a dor cessar ou diminuir. Segue imagem da técnica.





Para a liberação do redondo menor, músculo localizado abaixo do deltoide posterior, realizamos o mesmo processo de liberação por digitopressão, mantendo a pressão de 30 a 90 segundos, conforme imagem abaixo.





Por ser um rotador externo, caso a dor não passe ou o paciente sinta muito, podemos realizar a rotação externa do braço, de maneira passiva, para a inibição da sensação de dor. Segue imagem demonstrativa.

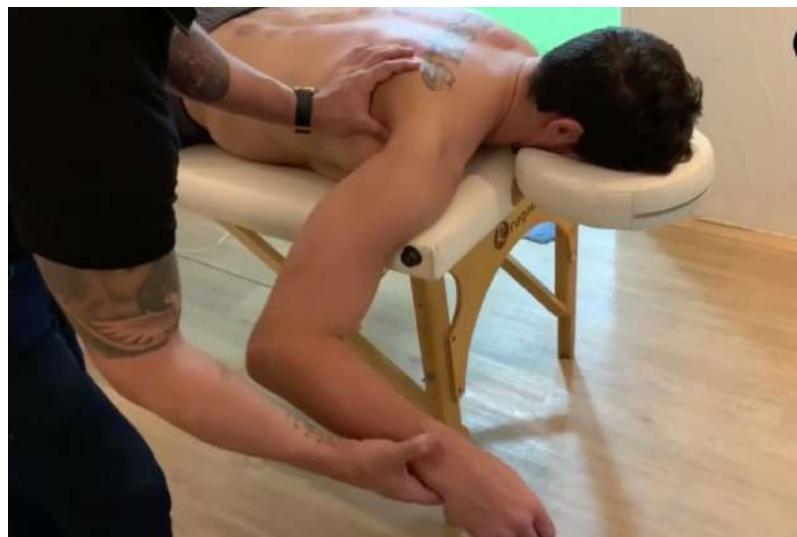




Imagen: Liberação por digitopressão utilizando o polegar.

Seguimos o mesmo procedimento para o músculo supraespinhal, localizado na parte superior da espinha escapular.



A região do ombro é alvo recorrente de patologias e dor. Portanto, é importante trabalhar nessa região com mais calma e atenção.

Começaremos com a musculatura do deltóide posterior.





Podemos também utilizar a técnica de pinça, já vista anteriormente, para fazer a liberação desta musculatura.



# PEITORAL

Partimos então para a região do peitoral, começando com o peitoral menor. Inicialmente utilizamos a técnica da pinça, com as duas mãos, para a liberação do peitoral menor.



É possível realizar a junção da origem á inserção, puxando e sustentando o ombro levemente para cima, em conjunto com a digitopressão. Forma tambéem utilizada para a inibiçao das possíveis dores que o paciente possa vir a sentir quando da realização da liberação da musculatura.





Podemos utilizar também os quatro dedos da mão e, com movimentos de pressão, empurrar levemente para cima.



Passando para o peitoral maior, novamente começamos com a digitopressão. Sempre lembrando de apalpar a toda a região e exercer a pressão em todos os pontos gatilho, locais de dor e nós.



# MEMBROS SUPERIORES:

## BÍCEPS

Começamos apalpando o músculo em busca de pontos gatilho ou nós.

Ao encontrá-los, utilizamos a digitopressão para começar a liberação.

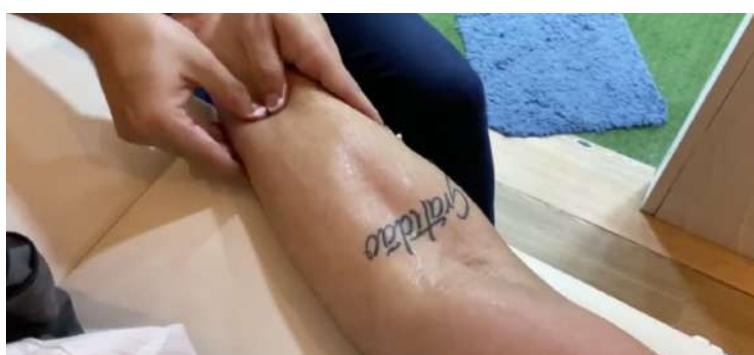


# ANTEBRAÇO



Nós gostamos de começar o trabalho no bíceps com a digitopressão. Lembrando de trabalhar tanto a parte medial quanto a parte lateral.

Passamos então para a técnica de deslizamento, ao longo de toda a musculatura do antebraço, nas suas completas extensões.



# TRÍCEPS

Para o tríceps, fazemos o procedimento padrão de apalpação, ao encontrar pontos gatilho, utilizamos a digitopressão para fazer a liberação. Podemos também utilizar a técnica de gancho.

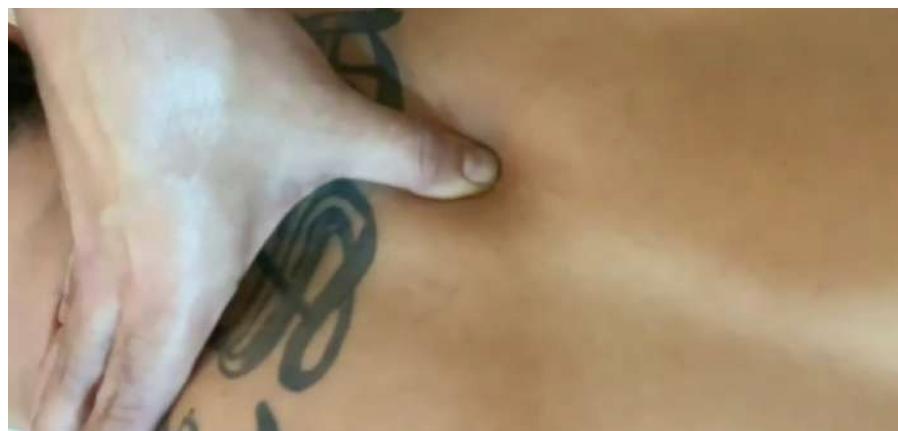
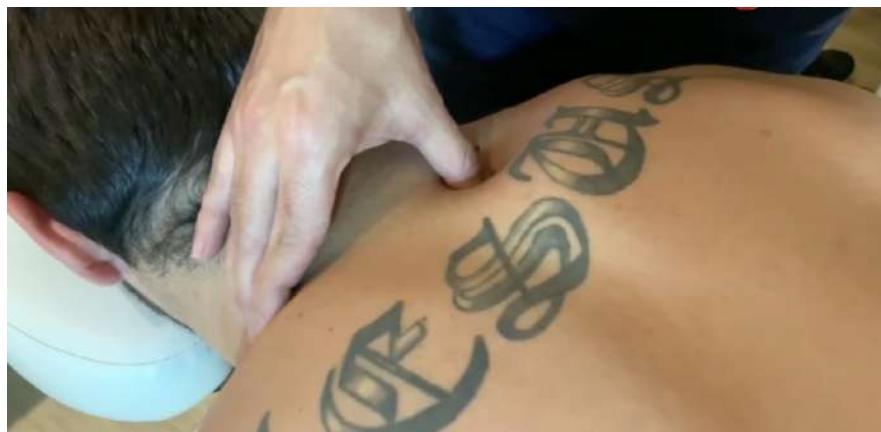


Seguimos então para o deslizamento, realizando o movimento desde o cotovelo até o ombro.



# COLUNA TORÁCICA

Ao encontrarmos pontos gatilhos ou nós na musculatura, utilizamos a digitopressão para a liberação, percorrendo toda a extensão da coluna torácica (de T1 a T12) em ambos os lados da coluna. Conforme imagens abaixo.



Outra forma de realizar a liberação desta região, se dá através do deslizamento.



Importante também liberar a porção inferior da escápula que se encontra na região da coluna torácica, que também pode ser feita por deslizamento.



# COLUNA LOMBAR

O primeiro ponto que trabalhamos é o quadrado lombar através da digitopressão. Cabe ressaltar que ao liberar essa região poderá ocorrer dor referida nas regiões dos glúteos e das pernas.





A técnica do deslizamento também pode ser utilizada nesta região.

Pode ser usado um gel ou vaselina para a lubrificação da região do quadrado lombar. Começamos na parte superior, deslizando com pressão até a região do sacro.





O deslizamento pode ser feito com os dedos médio, indicador e anelar, abrangendo uma maior área de superfície. Ressaltando que a mesma pressão deve ser mantida ao longo da musculatura que está sendo liberada.



# QUADRIL

Primeiramente apalpamos a região para encontrar o músculo. Ele está localizado a cerca de dois dedos da espinha ilíaca anterosuperior. Ao encontrarmos o músculo, fazemos a digitopressão, de maneira levemente diagonal, em direção ao púbis.



# **ILIOPSOAS**

Outro músculo importante é o ilíaco, músculo profundo que também pode gerar dor ao ser liberado. Realizamo a digitopressão por trás da espinha ilíaca antero superior. A flexão passiva de quadril também pode ser utilizada para diminuir a dor. Sempre muito cuidado com a pressão para não machucar o paciente.



# **PÚBIS**

Fazemos a liberação do púbis também com a digitopressão, utilizando dois dedos, conforme a imagem.



# TENSOR DA FÁSCIA LATA

Essa musculatura, que também será tratada nos membros inferiores, também tem uma presença importante no quadril. Podemos fazer a liberação através da digitopressão, somente, ou com auxílio de uma leve elevação de perna ou até mesmo com a adução do quadril.



# COXA: REGIÃO ANTERIOR

Como de costume começamos com a digitopresão. Apalpamos a musculatura do reto femural e, ao encontrar um ponto gatilho, exercemos pressão de 30 a 90 segundos. Fazemos isso ao longo de toda a extensão do reto femural.



Em seguida vamos ao vasto lateral, vasto medial e sartório realizando o mesmo procedimento. Estas musculaturas tendem a causar bastante dor, por isso, é importante atenção para não machucar o paciente.





Imagen: Liberação do vasto medial.



Imagen: Liberação do sartório.



Outra musculatura que apresenta bastante dor na liberação é o tensor da fáscia lata, por se tratar de uma região com bastante terminações nervosas.



Não se esqueça que as imagens servem de exemplo, pois, é necessário percorrer toda a extensão da musculatura a ser liberada.



Seguimos então para a região do adutor.



Podemos também utilizar o deslizamento.



# COXA: REGIÃO POSTERIOR



Podemos também juntar a inserção e a origem do músculo, agregada a digitopressão. Primeiramente encontramos o ponto gatilho, pressionamos e fazemos a flexão do joelho, conforme imagem abaixo.



Por deslizamento:



## PÉ

Trabalharemos toda a região do pé, desde o calcâneo, a planta do pé e o hálux. Começamos com a digitopressão na região do calcâneo. Essa liberação é benéfica para quem possui o famoso esporão calcâneo.





## MASSAGEM DE TECIDO CONJUNTIVO



A técnica visa tratar e melhorar a condição dos tecidos conjuntivos do corpo (músculos, tendões, ligamentos e fáscias). Utiliza movimentos lentos, firmes e precisos, aplicando pressão nos tecidos afetados.

## MASSAGEM DE FRICÇÃO TRANSVERSA



Técnica terapêutica utilizada para tratar lesões nos tecidos moles do corpo, como músculos, tendões e ligamentos. Durante o procedimento, o terapeuta aplica pressão profunda e movimentos de fricção em direção transversal às fibras musculares e estruturas sustentadas.



# OBJETIVOS/BENEFÍCIOS

APÓS UMA AVALIAÇÃO CINESIOFUNCIONAL, O FISIOTERAPEUTA TERÁ INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA IDENTIFICAR E CORRIGIR AS POSSÍVEIS DISFUNÇÕES DE MOVIMENTO.



REDUÇÃO DE DORES MUSCULARES OU/E ARTICULARES

DIMINUIÇÃO DAS TENSÕES

LUBRIFICAÇÃO INTRA-ARTICULAR

AUMENTO DE FLEXIBILIDADE TECIDUAL  
(TECIDO CONJUNTIVO)

PREVENÇÃO DE BLOQUEIOS INTRA-  
ARTICULARES

MELHORA FUNCIONAMENTO NEURAL E  
VISCERAL



# CONCLUSÃO

A TERAPIA MANUAL VEM GANHANDO CADA VEZ MAIS ESPAÇO DENTRO DOS TRATAMENTOS, VISANDO GANHOS FUNCIONAIS. AO CONTRÁRIO DO QUE MUITA GENTE PENSA, A TÉCNICA VAI MUITO ALÉM DO QUE TRATAR PROBLEMAS ORTOPÉDICOS. ELA PODE SER MUITO EFETIVA EM CIRCUNSTÂNCIAS QUE ENVOLVEM DÉFICITS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, VISCERAL E PATOLOGIAS COMUNS, COMO: LOMBALGIAS, DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES, CEFALÉIAS E MUITAS OUTRAS.



## ANOTACÕES:



# REFERENCIAS

Ther 2017; 21:173–177.

Schleip R, Jager H, Klingler W. What is 'fascia'? A review of different nomenclatures. J Bodyw Mov Ther 2012; 16(4):496-502.

Chaitow L. Terapia Manual para disfunção fascial. Artmed, 2017.

Moccia D, Nackashi AA, Schilling R, Ward PJ. Fascial bundles of the infraspinatus fascia: anatomy, function and clinical considerations. J Anat 2016; 228(1):176-183.

Zullo A, Mancini FP, Scleip R, Wearing S, Yahia L, Klingler W. The interplay between fascia, skeletal muscle, nerves, adipose tissue, inflammation and mechanical stress in musculo-fascial regeneration. J Geront Geriatrics 2017; 65:271-283.

---

Langevin HM In: Audette JF, ailey A (eds) Integrative pain medicine. Humana Press, New York

Bennett RM, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, Deodhar A, Kaell A, Bonafede P, Chino A, Jones KD. Criteria for the Diagnosis of Fibromyalgia: Validation of the Modified 2010 Preliminary American College of Rheumatology Criteria and the Development of Alternative Criteria. Arthritis Care Res 2014; 66:1364-1373

Bigongiari A, Franciulli PM, Andrade e Souza F, Araujo RC. Análise da atividade eletromiográfica de superfície de pontos gatilhos miofasciais. Rev. Bras. Reumatol 2008; 48(6):319-324

Teixeira MJ. Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr; 2001.

Barnes MF. The basic science of myofascial release: morphologic change in connective tissue. J Bodyw Mov Ther 1997; 1(4):231-238.