

Estabilização da Articulação Acromioclavicular

A articulação acromioclavicular (AC), onde a clavícula se encontra com a escápula.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Este protocolo abrange a reabilitação após a estabilização da articulação acromioclavicular (AC) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton, restaurando o alinhamento da articulação entre a clavícula e a escápula após uma luxação, utilizando um dispositivo suspensor, por vezes reforçado com enxerto tendinoso. Traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira consulta de fisioterapia, de modo a que a sua reabilitação seja coordenada. A sua reabilitação é progressiva e individualizada pelo seu fisioterapeuta, através das fases seguintes, consoante a evolução do seu ombro.

Se tiver alguma preocupação relativamente à sua ferida após a cirurgia, entre em contacto com a clínica. É frequentemente útil tirar uma fotografia da ferida e enviá-la por correio eletrónico para avaliação.

O que esperar

A estabilização da articulação acromioclavicular (AC) é diferente da maioria das cirurgias de ombro por artroscopia: existe uma reparação que deve ser protegida durante a sua cicatrização, e o fator que mais a sobrecarrega é simplesmente o peso do próprio braço. A gravidade puxa constantemente o braço (e, com ele, a escápula) para baixo, afastando-o da clavícula, que é exatamente a direção que a estabilização tem de resistir. A reabilitação inicial é, portanto, deliberadamente protetora: a tipóia suporta o peso do braço, os movimentos são mantidos dentro de limites seguros e o fortalecimento aguarda até que a reparação esteja madura.

A tipóia tem função protetora. Use-a durante **6 semanas**, e nas primeiras **três semanas** mantenha-a ao dormir também, pois mesmo deitado o peso do braço puxa a reparação. Após três semanas, pode retirá-la na cama. Quando a tipóia estiver removida para lavar ou fazer exercícios, mantenha o braço apoiado: apoie o antebraço num travesseiro ou mesa, em vez de deixar o braço pendurado ou carregar qualquer objeto. À noite, a maioria das pessoas está mais confortável de costas ou do lado não operado; se deitar de costas, um pequeno travesseiro sob o cotovelo e o antebraço impede que o ombro caia para trás. Evite deitar sobre o ombro operado enquanto a reparação cicatriza.

Não deve conduzir enquanto usa a tipóia. Para esta operação, isso significa geralmente cerca de seis semanas.

O seu programa de exercícios utiliza três tipos de movimento, e a sua equipa indicará quais se aplicam a si:

- **Amplitude de movimento ativa:** o movimento é permitido sem assistência ou ajuda.
- **Amplitude de movimento ativa-assistida:** utilização do outro braço ou de um objeto para auxiliar o movimento do braço.
- **Amplitude de movimento passiva:** completamente relaxado, utilizando o outro braço ou força externa para realizar 100% do trabalho.

O percurso em resumo:

- **Fase I: Proteção da reparação,** semanas 0–6
- **Fase II: Restauração da sua amplitude de movimento,** semanas 6–12
- **Fase III: Fortalecimento,** semanas 12–18
- **Fase IV: Retorno ao desporto e trabalho pesado,** a partir da semana 18

Os intervalos semanais são típicos e não fixos; os protocolos publicados para esta operação variam, e o seu fisioterapeuta irá progredir o tratamento consoante a evolução da reparação e da sua amplitude de movimento, e não conforme o calendário. A maioria das pessoas utiliza o braço para atividades diárias normais por volta dos três meses. O retorno a desportos de contato e colisão tipicamente demora cerca de quatro a seis meses, e para alguns desportos e profissões, a progressão pode demorar mais tempo.

Fase I – Proteção da reparação (Semanas 0–6)

As primeiras seis semanas consistem em permitir que a reparação cicatrize, mantendo o resto do braço em movimento. A tipóia suporta o peso do braço sempre que está de pé ou em movimento. A mão, o punho e o cotovelo devem manter-se móveis desde o primeiro dia: utilize a mão para tarefas leves, como escrever e comer, enquanto o braço está na tipóia. O ombro inicia-se com exercícios pendulares suaves e movimentos assistidos dentro de limites estritos: nada acima da altura do ombro, nenhum alcance através do corpo e nenhum alcance para trás das costas. O gelo e o alívio regular da dor tornam os exercícios toleráveis. Tome os analgésicos antes dos seus exercícios e sessões de fisioterapia. Pode duchar assim que as suas instruções de cuidados da ferida o permitam; para lavar por baixo do braço operado, incline-se para a frente na cintura e deixe o braço cair suavemente para longe do corpo, na mesma posição do exercício pendular.

Durante esta fase, não levante nada mais pesado do que aproximadamente meio quilo com o braço operado, não transporte sacos desse lado, não se apoie no braço nem o utilize para se empurrar para cima de uma cama ou cadeira, e não deixe o braço pendurar sem suporte: cada uma destas ações puxa a escápula para baixo, afastando-a da clavícula e sobrecarregando a reparação.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Proteger a estabilização cirúrgica e permitir a cicatrização dos tecidos moles
- Controlar a dor e o inchaço; proteger a cicatrização da ferida
- Prevenir a rigidez do ombro dentro das faixas protegidas
- Manter a amplitude de movimento da mão, punho, cotovelo e pescoço

Gestão

- Tipóia durante 6 semanas sempre que estiver de pé ou em movimento; braço apoiado quando a tipóia está removida
- Exercícios pendulares várias vezes ao dia
- Elevação passiva e ativa-assistida no plano da escápula, limitada a 90 graus
- Rotação externa passiva e ativa-assistida conforme o conforto permitir (inicialmente até aproximadamente 30 graus)
- Amplitude de movimento ativa da mão, punho, cotovelo e antebraço; aperto de bola
- Posicionamento da escápula (retração e depressão) e correção postural
- Rotação interna e externa isométrica submáxima, sem dor, em neutro, conforme tolerado
- Mobilização dos tecidos moles e escapulotorácica, conforme indicado; massagem na cicatriz após a cicatrização da ferida
- Gelo durante 15–20 minutos, várias vezes ao dia, conforme necessário; analgesia antes dos exercícios e sessões

Precauções

- Não permitir que o peso do braço puxe a fixação: sem braço pendurado, sem transporte de cargas, sem tração para baixo
- Sem elevação acima de 90 graus em qualquer plano
- Sem amplitude de movimento ativa do ombro além do programa assistido prescrito
- Sem adução horizontal (através do corpo) e sem rotação interna atrás das costas
- Sem levantamento de peso superior a aproximadamente meio quilo; sem suporte do peso corporal através do braço
- Sem conduzir enquanto usa a tipóia

Critérios para progressão

- Aproximadamente 90 graus de flexão passiva no plano da escápula
- Aproximadamente 30 graus de rotação externa passiva no plano da escápula
- Tolerância ao programa de amplitude de movimento e isométrico, com resolução da dor e do inchaço

Fase II – Restaurando o seu movimento (Semanas 6–12)

A partir de aproximadamente seis semanas, você é desmame da tala e os limites de movimento são progressivamente levantados. Os movimentos assistidos tornam-se ativos, e a amplitude aumenta constantemente; como guia, os protocolos publicados progressam a amplitude em passos de aproximadamente 15 graus a cada semana, visando o movimento completo por volta da semana 12. Exercícios leves com elástico para o manguito rotador e músculos da escápula começam durante esta fase. O reparo ainda precisa de respeito: mantenha o levantamento de peso em cerca de um quilo e evite empurrões e puxões vigorosos, flexões de braço (push-ups) e levantamento acima da cabeça ou através do corpo. Alcançar atrás das costas é geralmente o último movimento a ser liberado.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Desmame da tala
- Restaurar progressivamente a amplitude de movimento ativa em todos os planos (completa, ou quase completa, por volta da semana 12)
- Iniciar fortalecimento suave; minimizar a atrofia muscular
- Restabelecer o ritmo escapuloumeral e o controle neuromuscular

Conduta

- Progressão de elevação ativa-assistida para ativa; deslizos na parede e deslizos na bancada para flexão
- Elevação no plano escapular com atenção à mecânica escapular: sem saltos
- Rotação interna atrás das costas introduzida gradualmente (inicialmente até a linha do cinto)
- Adução horizontal apenas como alcance ativo: sem alongamento passivo ainda
- Rotação interna e externa com Theraband, rosca bíceps, remada e soco do serrátil
- Trabalho dinâmico da escápula e do manguito: rotação externa deitado de lado, remada deitado de bruços, extensão deitado de bruços, 'T's e 'Y's deitados de bruços, elevação lateral em pé
- Exercícios de propriocepção e estabilização rítmica
- Terapia manual e mobilização articular conforme indicado

Precauções

- Não levantar peso superior a aproximadamente um quilo com o braço operado
- Não empurrar ou puxar com força; não fazer flexões de braço (push-ups)
- Não levantar objetos pesados acima da cabeça ou através do corpo
- Evitar alongamento no final da amplitude para adução cruzada ao corpo; o movimento atrás das costas progride gradualmente

Critérios para progressão

- Pelo menos cerca de 140 graus de flexão passiva e 60 graus de rotação externa passiva no plano escapular
- Flexão ativa contra a gravidade para pelo menos cerca de 100 graus com boa mecânica
- Tolerando o programa de amplitude de movimento ativa e fortalecimento inicial

Fase III – Fortalecimento (Semanas 12–18)

Com o reparo maduro e o movimento amplamente restaurado, a atenção volta-se para a reconstrução da força. Os alongamentos que estavam proibidos anteriormente (através do corpo e por trás das costas) são agora utilizados para conquistar os últimos graus de amplitude de movimento. O trabalho de resistência progride de elásticos para pesos leves, e as flexões de braço (push-ups) começam apoiadas na parede antes de progredirem. O treino de força em ginásio é tipicamente reintroduzido a partir da semana 16, com amplitude limitada e cargas leves inicialmente. O levantamento pesado acima da cabeça e o empurrar e puxar com força ainda devem ser evitados nesta fase.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Amplitude de movimento ativa e passiva completa em todos os planos
- Fortalecimento progressivo, resistência e controlo neuromuscular do manguito rotador e dos estabilizadores escapulares
- Preparar para um retorno gradual às cargas específicas do desporto

Gestão

- Alongamento de amplitude terminal multidirecional: alongamento cruzado no corpo, rotação interna por trás das costas, mãos atrás da cabeça, alongamento “sleeper”, rotação externa a 90 graus de abdução
- Resistência progressiva (aproximadamente 0,5–2,5 kg) adicionada ao programa dinâmico: rotação externa deitado de lado, remada deitado de braços, extensão deitado de braços, exercícios ‘T’ e ‘Y’ deitado de braços, elevação lateral (scaption) em pé
- Progressões com Theraband: exercícios ‘T’, ‘W’, diagonais, rotação interna e externa a 90 graus
- Trabalho em cadeia fechada: flexões de braço (push-ups) na parede a partir da semana 12, progredindo conforme a tolerância
- Treino de força com máquinas a partir da semana 16: amplitude limitada, carga leve (remadas, puxadas, bíceps e tríceps; exercícios de pressão reintroduzidos com cautela)
- Estabilização rítmica, propriocepção e exercícios de ritmo escapuloumeral

Precauções

- Evitar levantamento de pesos pesados, particularmente acima da cabeça, e empurrar e puxar com força

- O fortalecimento deve ser indolor e interromper-se antes de atingir cargas de amplitude terminal provocatórias
- Manter o controle escapular durante toda a amplitude de movimento: reduzir a carga se aparecerem saltos ou compensações

CrITÉRIOS para progredir

- Movimento ativo e passivo do ombro dentro dos limites funcionais em todas as direções
- Tolerar o programa de fortalecimento progressivo sem exacerbação dos sintomas

Fase IV – Retorno ao esporte e trabalho pesado (a partir da semana 18)

A fase final consiste em um retorno gradual ao trabalho extenuante, cargas acima da cabeça e prática esportiva. Exercícios pliométricos e específicos para o esporte são incorporados ao programa de fortalecimento, e programas intervalados orientam o retorno ao arremesso, natação, golfe e esportes de raquete. O retorno a esportes de contato e colisão geralmente leva cerca de quatro a seis meses após a cirurgia, dependendo da recuperação do movimento completo, da força e da confiança no braço; programas publicados para atletas de colisão às vezes se estendem por mais tempo, chegando a cerca de nove meses. Atletas de força geralmente retomam seu treinamento habitual em um período de tempo semelhante. Seu fisioterapeuta e cirurgião orientarão a liberação final, e alguns atletas de colisão optam por usar uma órtese de ombro na primeira temporada de retorno.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Manter a amplitude de movimento completa
- Progressão da força, potência e resistência para atender às demandas do trabalho e do esporte do paciente
- Retorno gradual e baseado em critérios a esportes de contato e acima da cabeça

Conduta

- Continuar e progredir o programa de fortalecimento da Fase III
- Progressões em cadeia cinética fechada: progressão de flexão de braço para superfícies instáveis, exercícios com bola na parede
- Pliometria para atletas de arremesso e acima da cabeça: arremessos em rebounder, exercícios com bolas pesadas, drible na parede, exercícios de desaceleração
- Programas intervalados para arremesso, golfe, tênis e natação
- Força e resistência da cadeia cinética específicas para função e ocupação

Precauções

- Retorno a esportes de contato e colisão apenas com amplitude completa, força restaurada e liberação cirúrgica
- A progressão permanece guiada por sintomas: se dor ou sensação de instabilidade surgirem, recuar um estágio

Após o seu protocolo

As fases acima foram extraídas de protocolos de reabilitação publicados para estabilização e reconstrução da articulação acromioclavicular: Medicina Desportiva do Massachusetts General Brigham, o programa de reconstrução da articulação acromioclavicular da Medicina Desportiva do Massachusetts General Hospital, as diretrizes de estabilização da articulação acromioclavicular das unidades de ombro do Reino Unido e uma revisão sistemática de protocolos de reconstrução da articulação acromioclavicular disponíveis publicamente. As faixas semanais são típicas, e não fixas, e os programas publicados variam; a sua reabilitação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta, em colaboração com a prática clínica, com base na recuperação da sua reparação e dos seus movimentos. Esta página complementa as orientações gerais de recuperação da prática clínica; consulte [o controle da dor pós-operatória](#) e [os cuidados com a ferida](#). Para a operação em si e a lesão que trata, consulte [estabilização da articulação acromioclavicular](#). A evidência subjacente a este protocolo (a reconstrução, a literatura sobre perda de redução e os estudos de reabilitação) está resumida na secção de evidências, disponível em PDF no topo desta página.