

# Estabilização Posterior

Uma tackle que empurra o braço através do corpo — um mecanismo comum de instabilidade posterior do ombro.

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 orienta a sua recuperação após a estabilização posterior do ombro com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Cada fase abaixo inicia com uma explicação em linguagem simples sobre o que está a acontecer e o que é mais importante, seguida pelo programa estruturado que pode partilhar com o seu fisioterapeuta; traga esta página ou o respetivo PDF para a sua primeira consulta de fisioterapia, de modo a que a sua reabilitação se mantenha coordenada. O seu fisioterapeuta pode ajustar o plano consoante a evolução da sua recuperação.

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

## O que esperar

A estabilização posterior repara a **parte posterior (posterior)** do ombro, onde o lábio de cartilagem (labrum) e a cápsula se descolaram da cavidade. Como a reparação está localizada na parte posterior da articulação, o movimento que mais a sobrecarrega é **alcançar para a frente enquanto roda o braço para dentro**, e três movimentos do dia a dia são protegidos nas fases iniciais, pois cada um deles empurra a cabeça do úmero para trás contra a reparação recente:

- **rodar o braço para dentro** (rotação interna): alcançar as costas, ou rodar a mão para dentro e em direção ao abdómen;
- **alcançar através do corpo** em direção ao ombro oposto (adução transversal);
- **apoio ou empurrar através do braço operado.**

Isto é o espelho de uma estabilização anterior (frontal), onde é necessário proteger a rotação do braço *para fora*. Para uma reparação posterior, a direção segura é, na verdade, rodar o braço para fora, sendo que a **rotação**

**interna é a última a ser restaurada:** suavemente, e não com amplitude total até cerca de três meses. As fases abaixo indicam exatamente quando cada movimento protegido pode ser reintroduzido.

Existe sempre a tentação de antecipar os movimentos, mas a evidência mostra que qualquer ganho de amplitude obtido através da pressa é temporário, e a reparação encontra-se mais frágil nas primeiras seis semanas. Um programa constante e escalonado oferece o retorno mais seguro e previsível à função completa. A instabilidade posterior é incomum, pelo que este cronograma se baseia em raciocínio biomecânico e protocolos de fellowship publicados, em vez de ensaios clínicos de grande escala; o Dr. Hirpara irá adaptar o ritmo ao seu caso.

Usará uma **muleta simples**, e não uma muleta de abdução especial ou um “colete de gunslinger”. A proteção resulta das precauções posicionais acima referidas (manter o braço à frente e evitar a rotação interna e o alcance através do corpo), e não da forma da muleta.

O percurso em resumo:

- **Fase I** – Proteger, semanas 0–2
- **Fase II** – Movimento inicial, semanas 2–4
- **Fase III** – Aumentar a amplitude de movimento e iniciar o fortalecimento, semanas 4–6
- **Fase IV** – Avançar, semanas 6–8
- **Fase V** – Fortalecimento, semanas 8–12
- **Fase VI** – Amplitude total e treino de força, semanas 12–14
- **Retorno ao desporto:** a partir da semana 12, sem contacto antes dos 5 meses

Retorno às suas atividades:

- **Trabalho:** trabalho sedentário: conforme a tolerância; trabalho manual: pelo menos 3 meses
- **Conduzir:** quando sair da muleta e tiver controlo do braço, geralmente por volta das 6 semanas
- **Levantar pesos:** o levantamento de cargas leves pode iniciar-se nas primeiras semanas, dentro de limites; evitar cargas mais pesadas durante cerca de 3 meses
- **Desporto de contacto** (futebol, rugby, artes marciais, desportos de raquete, escalada, equitação): a partir dos 5 meses, no mínimo, e apenas quando forem cumpridos os critérios de retorno ao desporto

## O procedimento

---

A sua estabilização posterior é geralmente realizada por artroscopia (por via mínima), ou ocasionalmente através de uma pequena incisão aberta. O lábio posterior e a cápsula desgarrados são re-fixados e tensionados na margem da cavidade glenoide (por vezes designado como reparação de Bankart reversa ou capsulorrafia posterior). O objetivo da reabilitação é manter a cabeça humeral afastada dessa reparação durante a sua cicatrização, limitando precocemente os movimentos de flexão, adução e adução transversal, e posteriormente reconstruindo gradualmente a amplitude de movimento completa, a força e a função.

# Usar a sua manta

---

A sua manta suporta o braço e serve como lembrete para mantê-lo na posição segura enquanto a reparação cicatriza. As regras são simples:

- Use uma **manta simples** durante cerca de **6 semanas**, especialmente quando sair de casa ou estiver perto de outras pessoas. O Dr. Hirpara **não** utiliza travesseiro de abdução, cunha ou colete tipo “gunslinger”; uma manta simples mais as precauções posicionais abaixo são o que protegem uma reparação posterior.
- **Não durma com a manta.** Durma sem ela, mantendo o braço **fora da posição de risco**: apoie-o ligeiramente à sua frente, não virado para dentro nem enfiado contra o corpo. Um travesseiro sob o braço ajuda a mantê-lo nessa posição.
- Retire a manta para **tomar banho e para os seus exercícios** (depois de ter sido ensinado como fazê-los). Sempre que a manta estiver retirada, mantenha o braço relaxado e **à frente do corpo**; nunca deixe que ele fique atrás das costas ou atravessado sobre o peito.
- Use gelo se o ombro estiver inchado ou dolorido, especialmente após os exercícios.

Atenção à sua postura enquanto usa a manta: mantenha as orelhas, ombros e ancas alinhados e evite curvar-se. Uma boa postura protege as costas e ajuda a impedir o enrijecimento do ombro.

O seu fisioterapeuta utilizará três tipos de movimento: **amplitude de movimento passiva (PROM)** (o seu braço completamente relaxado, com o outro braço ou o fisioterapeuta a fazer todo o trabalho); **amplitude de movimento ativa-assistida (AAROM)** (o seu braço saudável ou um objeto a ajudar o braço operado a mover-se); e **amplitude de movimento ativa (AROM)** (você a mover o braço com a sua própria força). A sua equipa de tratamento indicará qual se aplica em cada fase.

## Precauções essenciais – NÃO faça

---

Nas primeiras seis semanas, em especial, as seguintes medidas protegem a reparação na parte posterior do ombro:

- **NÃO** vire o braço para dentro para além da posição neutra (em frente): não alcance as costas e não leve a mão para dentro, em direção ao abdómen. **A rotação interna é o movimento mais importante a evitar precocemente**, sendo também o último a ser recuperado.
- **NÃO** alcance através do corpo em direção ao ombro oposto (evite movimentos transversais).
- **NÃO** combine o alcance para a frente com a rotação interna do braço; esta é exatamente a posição que sobrecarrega a reparação.
- **NÃO** se apoie no braço operado, não se empurre para levantar de uma cadeira ou cama com ele, nem suporte peso através dele.
- **NÃO** levante, empurre ou puxe objetos pesados com o braço operado nas fases iniciais.
- **NÃO** force ou estique em nenhuma destas direções; permita que a amplitude de movimento retorne gradualmente dentro dos limites estabelecidos pelo seu fisioterapeuta.

- A rotação do braço **para fora** é a direção segura após uma reparação posterior, mas mantenha-se sempre dentro dos limites definidos pelo seu fisioterapeuta.

## Os seus primeiros dias no hospital

---

Algumas regras para a enfermaria e para os seus primeiros dias em casa:

- Utilize gelo para alívio da dor, se necessário.
- Ao usar a atadura, relaxe o ombro e deixe que a atadura suporte o peso do braço, mantendo o braço à frente do corpo.
- Tome os analgésicos antes de realizar os seus exercícios e antes das consultas de fisioterapia.
- Pode tirar o braço da atadura para realizar os exercícios e para tomar banho.
- Use a atadura durante aproximadamente 6 semanas, especialmente quando estiver fora de casa.
- A menos que tenha organizado a sua própria fisioterapia, já foi marcada uma consulta para si, que se encontra no seu pacote de alta hospitalar.
- Se tiver algum problema, entre em contacto com o consultório ou informe o seu fisioterapeuta.

## Fase I – Proteger (semanas 0–2)

---

As duas primeiras semanas destinam-se a proteger a reparação, mantendo uma mobilidade suave. Permanece na tala simples, mantém o braço à frente do corpo e realiza apenas exercícios suaves que mantenham a mão, o punho e o cotovelo em movimento e comecem a “posicionar” a escápula, tudo sem sobrecarregar a parte posterior do ombro. Duas regras são as mais importantes: manter o braço à frente e nunca rodá-lo para dentro em direção ao corpo, e nunca forçar nem estirar. O movimento assistido para a frente é mantido até cerca de metade da amplitude, e a rotação externa apenas até à posição de frente (neutra).

- **Tala:** tala simples, durante o dia; dormir SEM ela, mas mantendo o braço à frente, não rodado para dentro. Retirar para os exercícios e para o duche.
- **Movimento permitido:** apenas movimento assistido e passivo. Elevação assistida para a frente até cerca de **60°** (aproximadamente metade da amplitude); rotação externa apenas até à posição de frente (neutra); **sem rotação interna para além da neutra, sem alcançar para trás das costas, sem movimento através do corpo.**
- **Exercícios:** balanços pendulares; movimento suave da mão, punho e cotovelo; compressão de bola; posicionamento da escápula; elevação assistida para a frente (até à metade); rotação externa assistida até à neutra.

*Pronto para a próxima fase quando: a sua dor estiver a melhorar e bem controlada; conseguir manter confortavelmente o braço na posição protegida (à frente, não rodado para dentro); a sua elevação assistida para*

*a frente atingir confortavelmente cerca da metade; a ferida ter cicatrizado sem preocupações; e estiver a seguir com confiança as precauções posteriores.*

## Fase II – Movimento precoce (semanas 2–4)

A partir da segunda semana, os movimentos suaves aumentam, mantendo-se estritamente dentro das direções seguras. O seu fisioterapeuta orienta movimentos passivos e assistidos supervisionados para estabelecer os limites, e você adiciona exercícios leves de pressão e manutenção (isométricos) para começar a ativar os músculos enquanto o braço permanece imóvel. O braço deve permanecer **à frente do corpo**: ainda não é permitido alcançar atrás das costas nem realizar movimentos através do corpo, e a rotação interna mantém-se apenas na neutra.

- **Muleta:** continua; mantenha o braço à frente; não alcance atrás das costas.
- **Movimentos permitidos (supervisionados pelo fisioterapeuta):** elevação frontal aumentando até cerca de **60°**, rotação externa até cerca de **45°**, abdução até cerca de **90°**; **rotação interna mantida na neutra (0°) ao lado do corpo**. Sem polias em casa.
- **Exercícios:** abdução assistida; rotação externa, rotação interna (apenas na neutra) e abdução isométricas leves; fortalecimento da escápula; alongamentos do pescoço. Interrompa qualquer atividade que provoque dor na parte posterior do ombro.

*Pronto para a próxima fase quando: atingir os limites de movimento supervisionados acima sem sintomas na parte posterior do ombro; a sua dor e qualquer inchaço estiverem controlados; e o controle da escápula for bom com movimentos suaves.*

## Fase III – Aumentar o movimento e iniciar o fortalecimento (semanas 4–6)

O movimento aumenta ainda mais, e o primeiro fortalecimento leve começa na direção segura (rotação externa). Você inicia o alcance ativo-assistido, como as caminhadas na parede, e exercícios leves com elástico para os rotadores externos. A rotação interna é permitida apenas em pequena medida e somente sob orientação do seu fisioterapeuta; permanece como o movimento mais protegido. A tipóia continua sendo usada durante o dia até a marca de seis semanas.

- **Tipóia:** tipóia simples durante o dia até cerca de 6 semanas. Se você a remover à noite, ainda assim evite girar o braço para dentro.
- **Movimento permitido:** elevação para frente até cerca de **90°**, para o lado conforme confortável, rotação externa até cerca de **45°** na altura do ombro (ou completa ao lado do corpo); **rotação interna limitada a cerca de 30° e apenas sob orientação do seu fisioterapeuta**. Iniciar o alcance ativo-assistido (caminhadas na parede). Não levantar, empurrar ou puxar pesos superiores a cerca de 2 lb, e nada acima da cabeça.

- **Exercícios:** caminhadas na parede; continuação dos exercícios para a escápula e isometria; início do trabalho leve com elástico para rotação externa ao lado do corpo.

*Pronto para a próxima fase quando: você tiver bom movimento ativo-assistido com controle suave e uniforme da escápula; sua dor estiver bem controlada; e você estiver progredindo dentro dos limites graduados sem provocar a parte posterior do ombro.*

## Fase IV – Avanço (semanas 6–8)

---

A tala é removida na sexta semana. O movimento sob sua própria força é desenvolvido até o máximo em todas as direções, **exceto a rotação interna**, que ainda é deliberadamente limitada (limitada a aproximadamente 45° até as 12 semanas). O fortalecimento aumenta: exercícios leves do manguito rotador e da escápula, as primeiras flexões de braço cuidadosamente controladas contra a parede e padrões diagonais de todo o braço com uma banda leve.

- **Tala:** descontinuada na 6ª semana.
- **Movimento permitido:** movimento ativo até o **máximo conforme tolerado, EXCETO rotação interna**, que permanece **limitada a aproximadamente 45° até a 12ª semana** (ao lado do corpo e na altura do ombro). Levantamento de peso leve de até aproximadamente 5 lb.
- **Exercícios:** rotação externa deitado de lado; flexões de braço na parede (desenvolvidas gradualmente: elas carregam diretamente a parte posterior do ombro); padrões diagonais com banda; fortalecimento contínuo do manguito rotador e da escápula.

*Pronto para a próxima fase quando: você tiver movimento completo sob sua própria força em todas as direções, exceto rotação interna; sua força estiver aumentando constantemente; e não houver dor ou inchaço após os novos exercícios de fortalecimento.*

## Fase V – Fortalecimento (semanas 8–12)

---

Esta fase constrói força, controle e resistência para o trabalho e o desporto. A rotação interna continua limitada a cerca de 45° até às doze semanas, mas todos os outros planos são trabalhados na íntegra. O programa alarga-se a um rotina mais completa de fortalecimento do manguito rotador e da escápula (o seu fisioterapeuta pode chamar-lhe “Thrower’s 10”) com exercícios de controle dinâmico.

- **Tala:** nenhuma.
- **Movimento permitido:** completo em todos os planos **exceto a rotação interna, que permanece limitada a cerca de 45° até à semana 12.**

- **Exercícios:** remadas com banda elástica; T e W deitados de barriga para baixo; fortalecimento da escápula; exercícios de controlo dinâmico e estabilização. O seu fisioterapeuta pode adicionar **estabilização rítmica** (exercícios suaves de manutenção da posição em que ele empurra levemente o seu braço e você resiste) para readquirir o controlo; este é um trabalho manual sem diagrama. A carga de levantamento aumenta gradualmente até cerca de 7–10 lb.

*Pronto para a próxima fase quando: a tolerância à rotação interna estiver a melhorar; o fortalecimento for indolor e sem inchaço reativo; e a sua força estiver a aumentar de forma equilibrada em comparação com o outro lado.*

## Fase VI – Amplitude completa e treino de carga (semanas 12–14)

Ao completar doze semanas, **a rotação interna é finalmente restaurada na sua totalidade**. É nesta fase que se iniciam os alongamentos atrás das costas e através do corpo, e o treino na academia evolui das máquinas para os pesos livres. As flexões de braços (push-ups) começam apoiadas na parede e vão progredindo até ao chão. O objetivo nesta fase é a **rotação interna completa e simétrica**, correspondendo ao lado contralateral, uma vez que a rotação interna é o movimento que uma reparação posterior protege por mais tempo.

- **Tala:** nenhuma.
- **Movimento permitido: amplitude completa em todas as direções, incluindo a rotação interna**, progressiva e nunca forçada.
- **Exercícios:** rotação interna com vara; rotação interna em decúbito lateral; alongamento cruzado ao corpo; alongamento “sleeper”; alongamento com toalha para alcançar atrás das costas; curl de bíceps e condicionamento geral. Continuar e progredir o fortalecimento do manguito rotador, da escápula e das diagonais iniciado na fase anterior.

*Pronto para progredir para o desporto quando: a sua rotação interna estiver a tornar-se simétrica em relação ao lado contralateral; tiver movimento completo e sem dor em todas as direções; e a sua força estiver a aumentar em direção à do lado contralateral sem inchaço reativo.*

## Retorno ao esporte e ao trabalho

O retorno é **baseado em critérios**, não decidido apenas pelo calendário, e deve ser autorizado tanto pelo Dr. Hirpara quanto pelo seu fisioterapeuta.

- **Atletas de arremesso e acima da cabeça:** um programa de arremesso gradual ou por intervalos começa por volta das **14–16 semanas**, aumentando progressivamente o volume e a intensidade.

- **Esportes de contato e colisão** (rugby, futebol, artes marciais, esportes de raquete, escalada em rocha, equitação): **não antes de 5 meses**, e somente após o cumprimento dos critérios abaixo.
- **Trabalho**: trabalho sedentário, conforme a tolerância; trabalho manual ou pesado, no mínimo 3 meses.

Você está pronto para retornar ao esporte quando:

- você tiver **amplitude de movimento completa e sem dor** em todas as direções, incluindo rotação interna simétrica em relação ao lado contralateral;
- sua **força de rotação externa e interna estiver próxima à do lado contralateral** (para o seu fisioterapeuta: um índice de simetria do membro de aproximadamente **90% ou melhor** para a força de rotação interna e externa na dinamometria isocinética ou manual; com reparo posterior, preste atenção especial à força simétrica de **rotação interna**, pois essa é a direção protegida);
- você tiver concluído qualquer programa específico para o esporte (como um programa de arremesso por intervalos) sem dor ou apreensão; e
- o Dr. Hirpara tiver liberado você na avaliação de acompanhamento.

## Após o seu protocolo

---

Este protocolo funciona em conjunto com as orientações gerais de recuperação da prática clínica; consulte [o controle da dor pós-operatória](#) e [os cuidados com a ferida](#). Para a condição em si, consulte [a instabilidade do ombro](#).

O cronograma por fases, os limites de proteção específicos para a via posterior, a reintrodução gradual da rotação interna e os critérios para o retorno ao desporto foram elaborados com referência aos protocolos publicados de estabilização posterior da Universidade da Virgínia (Medicina Desportiva) e da Universidade do Novo México (Medicina Desportiva) (Protocolos de Reabilitação para Reparação Labral Posterior), da Medicina Desportiva do Massachusetts General Brigham (Reparação de Bankart Posterior), e ao comentário clínico “Reabilitação Após Estabilização Posterior do Ombro” (International Journal of Sports Physical Therapy, 2021), adaptados à abordagem desta prática clínica pelo Dr. Hirpara. O programa de exercícios original baseia-se no trabalho de Leonard Funk e da Unidade de Ombro do Wrightington (shoulderdoc.co.uk).