

Artroplastia Reversa do Ombro

A artroplastia reversa do ombro, onde a esfera fica na escápula e a cavidade no braço.

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 artroplastia do ombro reversa (substituição do ombro reversa) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Cada fase abaixo inicia com uma explicação em linguagem simples sobre o que está ocorrendo e o que é mais importante, seguida pelo protocolo estruturado **para o seu fisioterapeuta**: leve esta página ou seu PDF à sua primeira consulta de fisioterapia para que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu fisioterapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação progride.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contato com a clínica. Muitas vezes, é útil tirar uma foto da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

O que esperar

Você terá o braço adormecido ao despertar, e a sensibilidade deve começar a retornar após cerca de 24 horas. Pode haver algum formigamento ou fraqueza por até uma semana.

Ao despertar da sua cirurgia, você estará em uma atadura, com uma grande almofada sobre o ombro. Esta almofada será removida antes da alta. Por baixo, haverá um curativo impermeável cobrindo uma fita de cola cirúrgica, que pode permanecer intacta por 2 semanas. Seus pontos são absorvíveis e não precisam ser removidos, mas pode haver pontas de pontos em cada extremidade da ferida que podem ser cortadas rente à pele após 2 semanas. Você terá uma consulta agendada com nossa enfermeira para verificação da ferida entre 1 e 2 semanas após a sua cirurgia. Se você não puder comparecer à verificação do curativo, poderá removê-lo você mesmo após 2 semanas.

Prazos aproximados para retorno às atividades:

- **Dirigir:** 6 semanas

- **Natação:** peito: 8 semanas; crawl: 12 semanas
- **Golfe:** 3 meses
- **Levantar peso:** levantamentos leves podem começar em 6 semanas; evite levantar objetos pesados por 6 meses
- **Trabalho:** trabalho sedentário: 6 semanas; trabalho manual: orientado pelo seu cirurgião

Usar a sua manta

A sua manta apoia o ombro para maior conforto enquanto a dor inicial diminui. A sua função é suportar o peso do braço. **Não** mantém a reparação no lugar. As regras são simples:

- Use-a durante cerca de 2 semanas para conforto e suporte, e depois comece a reduzi-la gradualmente durante o dia. Um breve período de uso à noite é aceitável se ajudar a relaxar, mas é opcional.
- Retire-a para tomar duche e para os seus exercícios, após ter sido instruído sobre como o fazer.
- Em repouso em casa, pode retirá-la sempre que se sentir confortável: com o braço apoiado numa almofada enquanto está sentado.
- Use gelo se o ombro estiver inchado ou dolorido, especialmente após os exercícios.

O seu fisioterapeuta irá ajudá-lo a colocar a manta no início e irá ensiná-lo a geri-la de forma independente antes de ir para casa. O ajuste correto é importante, pois uma manta frouxa não o apoia adequadamente:

1. Certifique-se sempre de que, ao colocar a manta, o seu cotovelo está posicionado no canto da manta e bem suportado.
2. A extremidade de uma manta bem ajustada deve repousar confortavelmente na articulação do dedo mínimo. Se a sua mão ficar demasiado exposta para fora da manta, não lhe proporcionará o suporte adequado.
3. A sua manta tem duas tiras de velcro: uma que se ajusta ao redor do pescoço e outra ao redor da cintura.
4. Depois de posicionar corretamente o cotovelo e o antebraço, use o braço não operado para passar a tira superior ao redor do pescoço até à frente e prendê-la através da alça superior da manta.
5. Utilize o mesmo método para prender a tira inferior ao redor da cintura, fixando-a através da alça inferior da manta.

Durante o período em que usar a manta, esteja atento à sua postura em todos os momentos e evite permitir que os ombros adotem uma posição curvada. Para alcançar uma boa posição postural, tente manter as orelhas, os ombros e os quadris alinhados; isto é importante para as costas e ajudará a prevenir a rigidez na articulação do ombro. Uma toalha enrolada colocada na parte inferior das costas enquanto está sentado pode servir como um lembrete útil.

Os seus primeiros dias no hospital

Antes de ser dado alta, os fisioterapeutas do hospital iniciarão um conjunto simples de exercícios, apresentados abaixo. É útil compreender três termos que eles utilizarão. Amplitude de movimento *ativa* significa o movimento que você realiza por si mesmo, sem ajuda ou assistência. Amplitude de movimento *ativa-assistida* significa utilizar o outro braço (ou um objeto, como uma bengala) para ajudar a mover o braço. Amplitude de movimento *passiva* significa que o braço permanece completamente relaxado enquanto o outro braço (ou outra pessoa) realiza o trabalho. Desde o início, pode começar a mover o ombro com assistência do outro braço e, dentro dos limites do conforto, suavemente por força própria, sendo geralmente mais fácil deitar de costas para que a gravidade ajude. Deixe o conforto ser o seu guia e avance conforme ele permitir.

Alguns pontos práticos para estes primeiros dias:

- Utilize a atadura para conforto. Um breve período de uso à noite é aceitável se ajudar a acalmar, mas é opcional.
- 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.
- Tome os analgésicos antes de realizar os seus exercícios e antes das suas consultas de fisioterapia.
- Pode tirar o braço da atadura para realizar os exercícios e para tomar banho.
- Use a atadura para conforto e suporte durante cerca de 2 semanas, depois reduza gradualmente o seu uso durante o dia.
- A menos que tenha optado por organizar a sua própria fisioterapia, uma consulta foi agendada para si e os detalhes encontram-se no seu pacote de alta hospitalar.
- Se tiver quaisquer problemas, contacte o consultório ou informe o seu fisioterapeuta.

Estes são os exercícios que os fisioterapeutas do hospital iniciarão, a serem continuados em casa conforme orientado pelo seu fisioterapeuta.

Seus exercícios hospitalares

Fase I – Proteção (Semanas 0–3)

As primeiras três semanas consistem em estabilizar a nova articulação do ombro e facilitar o seu retorno ao movimento. Utilize a atadura para conforto, controle o inchaço com gelo e compressão e mantenha o cotovelo, o pulso e a mão em movimento. Desde o início, também começa a realizar movimentos suaves do ombro, assistidos pelo outro braço e, dentro do conforto, suavemente por força própria, sendo frequentemente mais fácil deitar de costas para que a gravidade ajude. Deixe o conforto ser o seu guia e não force nada. As regras mais importantes dizem respeito à proteção da articulação contra a saída do lugar: não alcance atrás das costas nem rode o braço para dentro, não levante nada e não se empurre para cima através das mãos. Ao deitar de costas, mantenha uma pequena almofada ou toalha enrolada sob o cotovelo para que o ombro não se estique para trás.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Proteger a estabilidade dos componentes (evitar a posição de luxação)
- Reduzir o inchaço, minimizar a dor
- Manter a amplitude de movimento (ROM) do membro superior (UE) no cotovelo, mão e pulso
- Estabelecer movimento ativo-assistido e ativo precoce do ombro dentro do conforto
- Minimizar a inibição muscular
- Educação do paciente

Atadura

- Rotação neutra
- Para conforto e suporte; uso noturno opcional e breve; desmame durante o dia a partir de ~2 semanas

Gestão

- Gestão do inchaço: gelo, compressão
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - AMO passiva (PROM): rotação externa (ER) no plano escapular até à tolerância; flexão/scaptação \leq 120 graus; abdução (ABD) \leq 90 graus; flexão glenoumeral (GH) sentada com deslizamento na mesa; pêndulos; deslizamentos horizontais na mesa sentada
 - Amplitude de movimento ativo-assistida (AAROM): desde o início: flexão do ombro ativo-assistida (começar deitado de costas/assistida pela gravidade), dentro dos limites da PROM acima indicados
 - Amplitude de movimento ativa (AROM): desde o início: movimento suave do ombro ativo conforme tolerado dentro do conforto; mais cotovelo, mão, pulso

Precauções

- Sem AMO passiva/ativa do ombro em rotação interna (RI)
- Sem alcançar atrás das costas, especialmente em rotação interna
- Evitar a posição combinada de extensão + adução + rotação interna (posição de luxação)
- Sem levantamento de objetos
- Sem apoio do peso corporal nas mãos
- Colocar pequena almofada/enrolado de toalha sob o cotovelo ao deitar de costas para evitar hiperextensão do ombro

Critérios para progressão

- Aumento gradual da AMO passiva (PROM), ativo-assistida (AAROM) e ativa (AROM) do ombro dentro do conforto
- 0 graus de AMO passiva (PROM) do ombro em rotação interna

- Dor < 4/10
- Sem complicações na Fase I

Fase II – Intermediária (Semanas 4–6)

O ombro agora desenvolve-se com base no movimento iniciado logo após a cirurgia. A amplitude de movimento continua a aumentar, e o primeiro trabalho de ativação e fortalecimento dos músculos periescapulares (periescapulares) e do deltóide começa por volta da semana 4. Nesta fase, deve estar sem a muleta durante o dia; pode ainda utilizá-la brevemente à noite apenas se isso proporcionar conforto. As regras de proteção continuam a aplicar-se: não levantar nada mais pesado do que uma chávena de café, não alcançar atrás das costas, não empurrar através das mãos e manter a almofada sob o cotovelo ao deitar de costas.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Continuar a proteger a estabilidade dos componentes (evitar a posição de luxação)
- Reduzir o inchaço, minimizar a dor
- Aumentar gradualmente a amplitude de movimento passiva (PROM) do ombro
- Progressão da amplitude de movimento ativa assistida (AAROM)/ativa (AROM) do ombro
- Iniciar a ativação e o fortalecimento dos músculos periescapulares (~semana 4)
- Iniciar a ativação e o fortalecimento do deltóide (~semana 4; evitar a extensão do ombro ao ativar o deltóide posterior)
- Educação do paciente

Muleta

- Descontinuar o uso diurno (desmame a partir de ~2 semanas)
- Uso noturno breve opcional apenas se proporcionar conforto

Gestão

- Continuar com as intervenções da Fase I
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - AAROM: flexão do ombro ativa-assistida, flexão do ombro com bengala, alongamento de rotação externa com bengala, pressão com pano de lavar, elevação do ombro sentado com bengala
 - AROM: flexão deitado de costas, saudações, soco deitado de costas
- Fortalecimento:
 - Periescapulares: retração escapular, posicionamento escapular em pé, posicionamento escapular suportado, remada baixa, deslize inferior
 - Deltóide: isometria no plano escapular

Precauções

- Não alcançar atrás das costas, especialmente em rotação interna
- Evitar a posição combinada de extensão + adução + rotação interna (luxação) até ~semana 6
- Não levantar objetos mais pesados do que uma chávena de café
- Não apoiar o peso do corpo nas mãos
- Colocar uma pequena almofada/rolo de toalha sob o cotovelo ao deitar de costas para evitar a hiperextensão do ombro

Critérios para progressão

- Aumento gradual da amplitude de movimento passiva (PROM), ativa assistida (AAROM) e ativa (AROM) do ombro
- 0 grau de amplitude de movimento passiva (PROM) do ombro em rotação interna (IR)
- Contração muscular palpável sentida na musculatura escapular
- Dor < 4/10
- Sem complicações com a Fase II

Fase III – Intermediária, continuação (Semanas 7–8)

A tibia já está bem para trás. O movimento progride em todas as direções, incluindo a primeira rotação interna passiva suave (girar o braço para dentro), e o trabalho de fortalecimento dos músculos deltoide e escapular intensifica-se, juntamente com os primeiros exercícios de controle motor (coordenação). Os limites que permanecem: nada mais pesado do que uma xícara de café, não alcançar atrás das costas para além do bolso da calça, não apoiar o peso do corpo nas mãos e evitar estender o braço para trás do corpo.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Minimizar a dor
- Progressão gradual da ROM passiva do ombro; iniciar ROM passiva interna do ombro no plano escapular
- Progressão gradual da ROM assistida ativa do ombro
- Progressão gradual da ROM ativa do ombro
- Progressão do fortalecimento do deltoide
- Progressão do fortalecimento periescapular
- Iniciar exercícios de controle motor
- Educação do paciente

Tipia

- Descontinuar

Conduta

- Continuar com as intervenções das Fases I e II
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - ROM passiva: completa em todos os planos; progressão gradual da ROM passiva interna no plano escapular ≤ 50 graus
 - ROM assistida ativa: deslizos em mesa inclinada, escalada na parede, polias, elevação do ombro sentado com bengala com abaixamento ativo
 - ROM ativa: elevação lateral sentada, flexão sentada, elevação frontal deitado com resistência elástica até 90 graus
- Fortalecimento:
 - Periescapular: remada em bola suíça, socos do serrátil
 - Deltoide: elevação do ombro sentado com bengala, elevação do ombro sentado com bengala com abaixamento ativo, rolar bola na parede
- Controle motor:
 - Rotação interna/externa no plano de elevação lateral e flexão 90–125 graus (estabilização rítmica) deitado
- Alongamento:
 - Adução horizontal deitado de lado, tríceps e latíssimo do dorso

Precauções

- Não alcançar atrás das costas para além do bolso da calça
- Não levantar objetos mais pesados do que uma xícara de café
- Não apoiar o peso do corpo com as mãos
- Evitar hiperextensão do ombro

Crítérios para progressão

- Metas de ROM (as expectativas de ROM passiva e ativa são individualizadas e dependem das medidas de ROM obtidas na sala de cirurgia pós-operatóriamente):
 - Elevação ≤ 140 graus
 - Rotação externa ≤ 30 graus em neutro
 - Rotação interna ≤ 50 graus no plano escapular, ou bolso traseiro
- Padrões mínimos ou nulos de substituição com a ROM ativa do ombro
- Dor $< 4/10$

Fase IV – Transitória (Semanas 9–11)

Esta fase é a ponte para o retorno ao uso normal do braço. A amplitude de movimento passiva deve estar agora completa em todos os planos, e o foco desloca-se para o fortalecimento do deltóide e dos músculos da escápula, o desenvolvimento da estabilidade dinâmica e da coordenação, e a restauração gradual da força e da resistência, com o retorno às atividades funcionais completas. A única limitação firme: não levantar objetos pesados (mais de 5 kg).

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Manter a ADM sem dor
- Progressão do fortalecimento periescapular
- Progressão do fortalecimento do deltóide
- Progressão dos exercícios de controlo motor
- Melhorar a estabilidade dinâmica do ombro
- Restaurar gradualmente a força e a resistência do ombro
- Retorno às atividades funcionais completas

Gestão

- Continuar com as intervenções das Fases II–III
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - ADM passiva: ADM completa em todos os planos
- Fortalecimento:
 - Periescapular: extensão do ombro com banda elástica, remadas sentadas com banda elástica, remar, remada, cortadores de relva, tripé, ponteiro
 - Deltóide: adicionar gradualmente resistência com exercício do deltóide
- Controlo motor:
 - RO/RE e flexão a 90–125 graus (estabilização rítmica)
 - Isométricos alternados em quadrupedia e estabilização com bola na parede
 - Golos de campo
 - Facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP): levantamentos diagonais D1, levantamentos diagonais D2

Precauções

- Não levantar objetos pesados (> 5 kg)

Critérios para progressão

- Executa todos os exercícios demonstrando mecânica escapular simétrica
- Dor < 2/10

Fase V – Fortalecimento avançado (Semanas 12–16)

A fase final condiciona o ombro para a vida cotidiana: manter o movimento sem dor, ao mesmo tempo em que se constrói a força e a resistência para usar o braço com confiança. Se foi realizada uma reparação do manguito rotador ao mesmo tempo que a sua substituição articular, o fortalecimento do manguito rotador (MR) começa agora. O limite de levantamento aumenta, mas objetos pesados (acima de 7 kg) continuam a ser proibidos. Esta fase e o protocolo terminam com a autorização do seu cirurgião, após o cumprimento de todos os marcos de progresso.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Manter a amplitude de movimento (AM) sem dor
- Iniciar o fortalecimento do manguito rotador (MR) com reparação concomitante
- Melhorar a força e a resistência do ombro
- Aprimorar o uso funcional do membro superior

Conduta

- Continuar com as intervenções das Fases II–IV
- Fortalecimento:
 - Periescapular: push-up plus de joelhos, exercício em “W”, “W” com banda elástica, extensão isométrica de ombro em decúbito ventral, abraço dinâmico, abraço dinâmico com banda elástica, soco frontal com banda elástica, soco frontal, T e Y, exercício em “T”
 - Deltóide: continuar aumentando gradualmente a flexão e a abdução (scaption) resistidas em posições funcionais
 - Cotovelo: rosca bíceps, rosca bíceps com banda elástica e tríceps
 - Manguito rotador: isometria de rotação interna/externa, rotação externa em decúbito lateral, rotação externa em pé com banda elástica, rotação interna em pé com banda elástica, rotação interna, rotação externa, abdução (ABD) em decúbito lateral progredindo para abdução em pé
- Controle motor:
 - Padrão PNF com banda elástica, levantamentos diagonais PNF D1 com resistência, diagonal para cima, diagonal para baixo, deslizes na parede com banda elástica

Precauções

- Não levantar objetos pesados (> 7 kg)

Critérios para progressão

- Autorização do cirurgião e cumprimento de TODOS os critérios dos marcos de progresso
- Manter a AM passiva (AMP) e AM ativa (AMA) sem dor
- Executar todos os exercícios demonstrando mecânica escapular simétrica
- Medidas de desfecho relatadas pelo paciente QuickDASH e ASES

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o manejo da dor pós-operatória](#) e [o cuidado com a ferida](#). Para o procedimento cirúrgico em si, consulte [a artroplastia reversa do ombro](#).

As evidências clínicas que sustentam este protocolo (os ensaios de reabilitação publicados, o raciocínio para as regras de uso da tipóia e de movimento, e as referências de pesquisa) estão detalhadas no resumo de evidências complementar (disponível para download em PDF).