

Descompressão Subacromial

Movimento assistido acima da cabeça nas primeiras semanas após a descompressão subacromial.

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 uma descompressão subacromial artroscópica isolada (acromioplastia, com ou sem remoção da bursa inflamada) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira consulta de fisioterapia, para que a sua reabilitação seja coordenada. A sua reabilitação é progressiva e individualizada pelo seu fisioterapeuta, através das fases abaixo, dependendo da evolução do seu ombro.

Importante: a descompressão subacromial é frequentemente realizada em conjunto com uma reparação do manguito rotador. Este protocolo aplica-se apenas a uma descompressão subacromial isolada. Se a sua cirurgia também incluiu uma reparação do manguito rotador, siga o [protocolo de reparação do manguito rotador](#); o tendão reparado impõe um ritmo mais lento.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida cirúrgica após a operação, 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 descompressão subacromial cria mais espaço para os tendões do manguito rotador, lixando a superfície inferior do acrômio (o teto ósseo do ombro) e removendo a bursa inflamada. Nada que precise de proteção é reparado, portanto a reabilitação precoce foca no movimento, não no repouso: o ombro está seguro para se mover desde o primeiro dia, e movê-lo precocemente é o que evita que ele fique rígido durante a recuperação.

A tipóia com a qual você acorda serve apenas para conforto; ela não está protegendo nada. Retire-a sempre que possível e descontinue seu uso precocemente: a maioria das pessoas fica sem a tipóia nos primeiros dias, e os protocolos publicados preveem que ela seja removida em, no máximo, duas semanas. **Não dirija enquanto estiver usando a tipóia.**

Seu programa de exercícios utiliza três tipos de movimento, e seu fisioterapeuta orientará quais se aplicam em cada fase:

- **Amplitude de movimento ativa:** o movimento é realizado sem auxílio ou ajuda externa.
- **Amplitude de movimento ativa-assistida:** uso do outro braço ou de um objeto para auxiliar no movimento do braço.
- **Amplitude de movimento passiva:** totalmente relaxado, utilizando o outro braço ou força externa para realizar 100% do trabalho.

Visão geral da recuperação:

- **Fase I – Movimento precoce** – aproximadamente as primeiras duas semanas
- **Fase II – Restauração da amplitude e início do fortalecimento** – semana 2–6
- **Fase III – Fortalecimento** – semana 6–12
- **Fase IV – Retorno às atividades completas** – a partir da semana 12

O ombro geralmente fica mais dolorido do que frágil nas primeiras semanas, e algumas pessoas sentem desconforto por até seis semanas. As diretrizes publicadas sugerem que a maioria das pessoas nota uma melhora clara na dor por volta dos três meses, e os sintomas podem continuar melhorando por até um ano. As faixas de semanas abaixo são típicas, não fixas; seu fisioterapeuta avançará no tratamento com base na mobilidade do seu ombro, e não no calendário.

Fase I – Movimento precoce (Semana 0–2)

Um bloqueio nervoso é frequentemente utilizado durante a operação, pelo que o braço pode sentir-se adormecido durante algumas horas após o procedimento; inicie a toma de analgésicos antes de o efeito do bloqueio desaparecer. Nas primeiras duas semanas, os objetivos são simples: controlar a dor e o inchaço, e iniciar o movimento do ombro dentro dos limites do conforto. Utilize gelo regularmente para alívio da dor. Inicie imediatamente o movimento da mão, punho e cotovelo; adicione exercícios pendulares e movimentos assistidos do braço, conforme o conforto permitir, e utilize o braço para atividades diárias leves habituais, como lavar-se, vestir-se e comer. Tome os analgésicos antes dos exercícios e antes das consultas de fisioterapia. Esta é uma cirurgia artroscópica, geralmente realizada através de duas ou três pequenas incisões fechadas com fitas adesivas; mantenha-as secas até à cicatrização, o que normalmente demora 10–14 dias. Pessoas com trabalhos sedentários podem geralmente regressar ao trabalho dentro das primeiras duas semanas; a condução pode ser retomada quando deixar de usar a atadura e conseguir controlar o carro confortavelmente (incluindo a realização de uma travagem de emergência), o que tipicamente ocorre entre uma e três semanas após a cirurgia.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Controlar a dor e o inchaço
- Restabelecer a amplitude de movimento sem dor (ativa-assistida a progressiva para ativa)

- Prevenir a atrofia muscular e iniciar o restabelecimento da estabilidade dinâmica
- Independência nas atividades leves da vida diária

Gestão

- Crioterapia regularmente para dor e inchaço; analgesia antes dos exercícios e das sessões
- Exercícios de amplitude de movimento do cotovelo, punho, mão, pescoço e tórax desde o dia 1
- Exercícios pendulares; elevação ativa-assistida com roldana ou vara no plano escapular; rotação externa e interna iniciando a 30–45° de abdução
- Progressão para amplitude de movimento ativa, conforme o conforto permitir
- Posicionamento escapular em sentado; consciência postural
- Isometrias submáximas (flexão, extensão, abdução, rotação externa e interna) e estabilização rítmica suave
- A partir da semana 2: calor antes do exercício, se útil; progressão do trabalho de rotação para 90° de abdução; rotação externa e interna com banda elástica, braço ao lado do corpo

Precauções

- Trabalhar dentro de amplitudes confortáveis: não forçar nem esticar em excesso; a dor é o guia
- Atadura apenas para conforto; reduzir gradualmente nos primeiros dias e abandonar até às duas semanas
- Não conduzir enquanto usa a atadura
- Sem levantamento de cargas pesadas, sem levantamento acima da cabeça, sem movimentos bruscos
- Evitar empurrar para se levantar de uma cadeira ou cama através do braço operado durante as primeiras seis semanas: o acrômio foi adelgado e deve evitar-se a aplicação de cargas intensas enquanto ocorre a remodelação óssea

Critérios para progressão

- Dor bem controlada com analgésicos simples
- Inchaço a diminuir e feridas cicatrizadas ou em processo de cicatrização sem preocupações
- Movimento ativo-assistido confortável, com retorno do movimento ativo abaixo da altura do ombro

Fase II – Restaurando a amplitude de movimento e iniciando o fortalecimento (Semana 2–6)

Esta fase visa recuperar o restante da amplitude de movimento e iniciar a reconstrução da força. Os seus exercícios evoluem de movimentos assistidos para a movimentação ativa do braço em todas as direções, sendo que a maioria dos protocolos publicados espera uma amplitude total ou quase total por volta das seis a oito semanas. O fortalecimento começa de forma suave: primeiro sem peso, depois com elásticos e pesos muito leves para os músculos do manguito rotador e da escápula. Muitas pessoas consideram útil aplicar calor antes do

exercício e gelo após. O trabalho moderado (levantamento de cargas leves abaixo da altura do ombro) torna-se tipicamente possível durante esta fase, sob orientação do seu fisioterapeuta.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Amplitude de movimento ativa total ou quase total em todos os planos por volta da semana 6–8
- Recuperar e melhorar a força do manguito rotador e da escápula
- Normalizar o ritmo escapuloumeral e o controle neuromuscular
- Continuar a controlar a dor

Conduta

- Progressão da amplitude de movimento em todos os planos, incluindo rotação interna atrás das costas com alongamento suave da cápsula posterior
- Mobilização da articulação glenoumeral (deslizamentos inferior, posterior e anterior) conforme indicado
- Programa isotônico iniciado sem peso (elevação do ombro, remada deitado de braços, abdução horizontal deitado de braços, extensão deitado de braços até a neutro, rotação externa deitado de lado, abdução até 90°), adicionando peso leve (cerca de 0,5–1 kg) após uma semana de repetições bem controladas e sem dor
- Rotação externa e interna com tubos elásticos; progressão para trabalhos de rotação em posições mais elevadas conforme a tolerância permitir
- Controle neuromuscular da escápula e trabalho do trapézio inferior; condicionamento do tronco, core e membros inferiores
- Trabalho de resistência do membro superior; aplicar calor antes e gelo após as sessões conforme preferido

Precauções

- Evitar trabalho com carga em uma faixa de movimento dolorosa de impingement; os exercícios podem ser difíceis, mas não devem reproduzir a dor pré-operatória
- Não realizar carga no supraespinhal ou no deltóide médio até que esteja sem dor, e evitá-lo se provocar dor em repouso ou noturna
- Continuar a evitar empurrar-se para cima através do braço operado e o levantamento de cargas pesadas ou acima da cabeça até as seis semanas

Critérios para progressão

- Amplitude de movimento total e sem dor, com mínima sensibilidade à palpação
- Força do manguito rotador em torno de 4/5 no teste manual, com bom controle escapular

Fase III – Fortalecimento (Semanas 6–12)

Com o retorno da amplitude de movimento, a atenção volta-se para a força, resistência e controle. O trabalho de resistência progride de elásticos para pesos, e os exercícios tornam-se mais dinâmicos, incluindo, para pessoas que retornam ao esporte, o início do trabalho pliométrico controlado e um retorno gradual ao treinamento. A natação geralmente é retomada a partir das seis semanas (estilo braça primeiro, crawl quando confortável), e o trabalho moderado (levantamento de cargas leves abaixo da altura do ombro) geralmente é viável a partir das seis semanas. Um programa de retorno ao esporte por intervalos comumente inicia-se nas semanas 10–12, quando os critérios de força são atendidos.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Melhorar a força, a potência e a resistência do complexo do ombro
- Otimizar o controle neuromuscular, a propriocepção e o padrão de movimento (sem elevação compensatória do ombro)
- Preparar para um retorno gradual ao esporte e a trabalhos mais pesados

Conduta

- Progresão do programa isotônico: isométrico → elásticos → pesos; manguito rotador, deltóide e estabilizadores escapulares com 2–3 séries de 8–12 repetições
- Introduzir trabalho com resistência excêntrica, exercícios de cadeia cinética fechada e estabilização rítmica; trabalho proprioceptivo incluindo apoio de peso e posição de quatro apoios
- Atividades pliométricas: exercícios com duas mãos (lançamento frontal, arremessos laterais) progredindo para exercícios com uma mão (dribles na parede, exercícios de arremesso) no final da fase
- Iniciar um programa esportivo por intervalos nas semanas 10–12, se os critérios forem atendidos
- Continuar o trabalho do core e o condicionamento físico; crioterapia conforme necessário

Precauções

- Os exercícios devem ser desafiadores, mas essencialmente sem dor; reduzir a intensidade de qualquer trabalho que provoque dor em repouso ou noturna
- Levantamento de cargas pesadas e carga sustentada acima da cabeça devem ser adiados até cerca de três meses

Critérios para progressão

- Amplitude de movimento ativa completa e sem dor (aproximadamente igual ao lado contralateral)
- Força aproximando-se do lado contralateral (critérios publicados variam de 70% para iniciar o treinamento dinâmico, aproximando-se de 90% para o retorno ao esporte)
- Ausência de dor ou sensibilidade à palpação com carga progressiva

Fase IV – Retorno à atividade plena (a partir da semana 12)

A fase final consiste no retorno gradual ao trabalho pesado, tarefas acima da cabeça e ao esporte. O levantamento de cargas pesadas ou repetitivas e o trabalho sustentado acima da altura dos ombros geralmente é retomado por volta dos três meses. O retorno ao esporte competitivo (particularmente aos esportes acima da cabeça) baseia-se no cumprimento de critérios, e não no calendário: amplitude de movimento completa e sem dor, força próxima à do lado contralateral e confiança nos exercícios específicos do esporte. O ombro continua a melhorar significativamente além desta fase; as diretrizes publicadas descrevem que a melhora pode persistir por até um ano.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Retorno gradual ao trabalho pesado, atividades acima da cabeça e ao esporte
- Manter a amplitude de movimento, a força e o controle a longo prazo

Conduta

- Continuar o programa de fortalecimento, avançando nos exercícios na academia e específicos do esporte, conforme tolerado
- Continuar o programa de esportes intervalados com retorno escalonado ao arremesso e a outros esportes acima da cabeça
- Realizar alongamentos capsulares e exercícios de manutenção autogerenciados, conforme necessário

Precauções

- A progressão permanece guiada pelos sintomas; se a dor recidivar, reduzir a carga, restaurar o movimento confortável e reconstruir a capacidade

Critérios para progressão

- Amplitude de movimento completa e sem dor
- Força e testes funcionais satisfatórios (cerca de 90% do lado contralateral, conforme critérios publicados de retorno ao esporte)
- Avaliação clínica satisfatória

Após o seu protocolo

As fases acima são adaptadas de protocolos de reabilitação publicados e orientações para pacientes sobre descompressão subacromial artroscópica: OrthoIndy, Sports Surgery New York, Gundersen Health System Sports Medicine, Twin Cities Orthopedics, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust e Royal Berkshire NHS Foundation Trust. As faixas de semanas são típicas, e não fixas, e a sua reabilitação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta, em colaboração com a prática clínica, com base na

recuperação do seu ombro. Esta página complementa as orientações gerais de recuperação da prática clínica; consulte [gerenciamento da dor pós-operatória](#) e [cuidados com a ferida](#). Para informações sobre o procedimento cirúrgico em si e a condição que ele trata, consulte [descompressão subacromial](#). As evidências que sustentam este protocolo (incluindo como ele se encaixa nas evidências de ensaios clínicos sobre cirurgia subacromial) estão resumidas na seção de evidências, disponível em PDF no topo desta página.