

Artroplastia Total do Ombro

Recuperando movimento e força após uma artroplastia total 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 artroplastia total do ombro (substituição total 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 acontecendo 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 avança.

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, há um curativo impermeável cobrindo uma fita de cola cirúrgica, que pode ser deixada intacta por 2 semanas. Seus pontos são absorvíveis e não precisam ser removidos, mas pode haver algumas pontas de ponto 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.

O resumo da jornada:

- **Proteção:** semanas 0–3
- **Intermediário:** semanas 4–6

- **Intermediário, contínuo:** semanas 7–8
- **Transição:** semanas 9–11
- **Fortalecimento avançado:** semanas 12–16

Prazos aproximados para retorno às atividades:

- **Dirigir:** 6 semanas
- **Natação:** peito 8 semanas; crawl 12 semanas
- **Golfe:** 3 meses
- **Levantamento de peso:** levantamento leve pode 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 (imobilizador do ombro) suporta o ombro enquanto este cicatriza. As regras são simples:

- Use-a durante **6 semanas**, incluindo durante o sono.
- Retire-a apenas para tomar duche e para os seus exercícios, depois de ter sido ensinado a fazê-lo, e sempre que a manta estiver removida, mantenha o braço ao lado do corpo.
- Em repouso em casa, pode retirá-la se o fizer com prudência: braço apoiado numa almofada enquanto está sentado.
- Use gelo se o ombro estiver inchado ou dolorido, especialmente após os exercícios.

Ajustá-la corretamente é importante, e uma manta frouxa não suporta adequadamente o ombro:

1. Posicione o cotovelo bem no canto da manta, com bom suporte.
2. A extremidade da manta deve repousar sobre a articulação do dedo mínimo. Se a mão ficar mais para fora, a manta não o está a suportar adequadamente.
3. A manta tem duas tiras de velcro: uma para o pescoço e outra para a cintura.
4. Com o cotovelo e o antebraço posicionados, use o braço não operado para passar a tira superior à volta do pescoço e prendê-la através da alça superior.
5. Prenda a tira inferior à volta da cintura através da alça inferior, da mesma forma.

Enquanto usa a manta, observe a sua postura. Mantenha as orelhas, os ombros e os quadris alinhados e evite deixar os ombros cair para a frente; uma boa postura protege as costas e ajuda a prevenir o enrijecimento do ombro. Uma toalha enrolada na parte inferior das costas enquanto está sentado é um lembrete útil.

Antes de ir para casa, o fisioterapeuta da enfermaria irá ajustar a sua manta, ensiná-lo a geri-la de forma independente e iniciar os exercícios suaves abaixo. Três termos surgem frequentemente na reabilitação do ombro, e é útil conhecer a diferença: **amplitude de movimento ativa (AMA)** significa mover o braço por si

próprio, sem ajuda ou assistência; **amplitude de movimento ativa-assistida (AMAA)** significa usar o outro braço ou um objeto para ajudar o braço a mover-se; e **amplitude de movimento passiva (AMP)** significa que o braço permanece completamente relaxado enquanto o outro braço ou uma força externa realiza 100% do trabalho. O seu fisioterapeuta indicará que tipo de movimento utiliza cada exercício.

As regras de reabilitação inicial enquanto está no hospital e nas primeiras semanas em casa:

- Precisa de dormir com a manta.
- Use gelo para alívio da dor, se necessário.
- Ao usar a manta, relaxe o ombro e deixe que a manta suporte o peso do seu braço.
- Tome os seus analgésicos antes de fazer os exercícios e antes das suas consultas de fisioterapia.
- Está autorizado a retirar o braço da manta para os exercícios e para tomar duche.
- Precisa de usar a manta durante 6 semanas, especialmente quando sai de casa.
- A menos que tenha optado por organizar a sua própria fisioterapia, foi marcada uma consulta para si, detalhada no seu pacote de alta hospitalar.
- Se tiver algum problema, contacte o consultório ou informe o seu fisioterapeuta.

Estes são os seus exercícios iniciais, iniciados no hospital e continuados em casa conforme orientado pelo seu fisioterapeuta:

Seus primeiros dias no hospital

Fase I – Proteção (Semanas 0–3)

As primeiras três semanas destinam-se a proteger o seu novo ombro enquanto este se estabiliza. Usará uma muleta (mantida em posição neutra e usada durante a noite), aplicará gelo e compressão para o inchaço, enquanto o seu fisioterapeuta move suavemente o ombro por si dentro de limites estabelecidos e você mantém a mão, o pulso e o cotovelo em movimento por conta própria. A partir da semana 2, iniciam-se exercícios suaves da escápula e apertos de bola. As regras mais importantes são: sem movimento ativo do ombro, sem alcançar atrás das costas, sem levantar pesos e sem empurrar para cima através das mãos.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Proteger a reparação cirúrgica
- Reduzir o inchaço, minimizar a dor
- Manter a amplitude de movimento (AM) do membro superior (MS) no cotovelo, mão e pulso
- Aumentar gradualmente a amplitude de movimento passiva do ombro (AMP)
- Minimizar a inibição muscular

- Educação do paciente

Conduta

- Muleta: rotação neutra; usar à noite durante o sono
- Gestão do inchaço: gelo, compressão
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - AMP: rotação externa (RE) \leq 30 graus no plano escapular; rotação interna (RI) até a linha do cinto no plano escapular
 - Flexão/scaptação até à tolerância; abdução (ABD) \leq 90 graus; pêndulos; deslizamento na mesa de flexão glenoumeral (GU) sentado; deslizamento horizontal na mesa sentado
 - Amplitude de movimento assistida ativamente (AMAA): flexão do ombro assistida ativamente
 - Amplitude de movimento ativa (AMA): cotovelo, mão, pulso
- Fortalecimento (semana 2):
 - Periescapular: retração escapular, retração escapular em pronação, posicionamento escapular em pé, posicionamento escapular apoiado, deslize inferior, remada leve
 - Aperto de bola

Precauções

- Sem AMA do ombro
- Sem alcançar atrás das costas, especialmente em rotação interna
- Sem rotação externa ou abdução excessiva do ombro
- Sem levantar objetos
- Sem apoiar o peso corporal 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

- \geq 50% da AMP de flexão e scaption do ombro em comparação com o lado contralateral
- \leq 90 graus de AMP de ABD do ombro
- \leq 30 graus de AMP de RE do ombro no plano escapular
- \geq 70 graus de AMP de RI no plano escapular
- Contração muscular palpável sentida na musculatura escapular
- Dor $<$ 4/10
- Sem complicações na Fase I

Fase II – Intermediária (Semanas 4–6)

O ombro continua a ser protegido, mas o movimento agora aumenta gradualmente. A tala é mantida à noite e, durante o dia, é progressivamente descontinuada ao longo destas duas semanas. O seu fisioterapeuta avança o movimento passivo em direção à amplitude completa (ainda dentro dos limites estabelecidos de rotação externa e abdução), adiciona movimentos assistidos e, em seguida, movimentos ativos, e inicia trabalho de ativação suave para o manguito rotador e os músculos da escápula. Não levante nada mais pesado do que uma chávena de café e continue a evitar extremos de rotação e alcance.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Continuar a proteger a reparação cirúrgica
- Reduzir o inchaço, minimizar a dor
- Aumentar gradualmente a AMP (Amplitude de Movimento Passiva) do ombro
- Minimizar padrões de substituição com AMA (Amplitude de Movimento Ativa) e AMAA (Amplitude de Movimento Ativa Assistida)
- Melhorar a ativação/força dos músculos periescapulares
- Iniciar a ativação do manguito rotador (MR) (rotadores externos)
- Educação do paciente

Gestão

- Tala: utilizar à noite durante o sono; iniciar progressivamente a descontinuação da tala ao longo das duas semanas seguintes durante o dia
- Continuar com as intervenções da Fase I
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - AMP: completa, com exceção de RE ≤ 30 graus no plano escapular e ABD ≤ 90 graus
 - AMAA: flexão do ombro com bengala, alongamento de rotação externa com bengala, pressão com toalha de banho, elevação do ombro sentado com bengala
 - AMA: flexão deitado, saudações, socos deitados
- Fortalecimento:
 - Manguito rotador: isométricos de rotação externa
 - Periescapulares: remar na bola suíça, socos do serrátil
 - Cotovelo: bíceps, bíceps com banda de resistência e tríceps
- Controlo motor:
 - RE no scaption e flexão 90–125 (estabilização rítmica)

- Alongamento:
 - Adução horizontal deitado de lado

Precauções

- Evitar rotação externa ou abdução excessiva do ombro
- Não levantar objetos mais pesados do que uma chávena de café
- Não apoiar o peso do corpo com as mãos
- Colocar uma pequena almofada/rolo de toalha sob o cotovelo enquanto está deitado de costas para evitar a hiperextensão do ombro

Critérios para progressão

- $\geq 75\%$ da AMP de flexão e scaption do ombro em comparação com o lado contralateral
- $\geq 75\%$ da AMP de RE (Rotação Interna) do ombro no plano escapular em comparação com o lado contralateral
- 30 graus de AMP de RE (Rotação Externa) do ombro no plano escapular
- 90 graus de AMP de ABD (Abdução) do ombro
- Mínimos padrões de substituição com AMAA
- AMA de elevação do ombro até 100 graus com mínimos padrões de substituição
- Dor $< 4/10$
- Sem complicações com a Fase II

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

A tipóia já não é utilizada, e o objetivo é a mobilização completa em todas as direções, assistida quando necessário e cada vez mais de forma independente. O fortalecimento intensifica-se, com exercícios de banda elástica para o manguito rotador e músculos escapulares, e pode retomar as atividades diárias completas. Permanecem duas limitações: nada mais pesado que 5 kg, e nada que sobrecarregue excessivamente o tecido em cicatrização na parte anterior do ombro.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Não sobrecarregar excessivamente o tecido em cicatrização (especialmente a cápsula anterior)
- Minimizar a dor
- Manter a MPA (Mobilização Passiva Ativa)
- Melhorar a MPA (Mobilização Passiva Ativa)
- Progressão da força periescapular e do Manguito Rotador (MR)
- Retorno às atividades funcionais completas

- Educação do paciente

Conduta

- Tipóia: descontinuar
- Continuar com as intervenções das Fases I e II
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - Amplitude de movimento completa em todos os planos
 - MPA (Mobilização Passiva Ativa): deslizos em mesa inclinada, rolagem de bola na parede, escalada na parede, polias
 - MPA (Mobilização Ativa): escápula sentada, flexão sentada, elevação frontal deitado de costas com resistência elástica até 90 graus
- Fortalecimento:
 - Manguito rotador: isometria de rotação interna, rotação externa deitado de lado, rotação externa em pé com banda elástica, rotação interna em pé com banda elástica, rotação interna, rotação externa
 - Periescapular: extensão do ombro com banda elástica, remada sentada com banda elástica, remar, cortadores de grama, “robbery”
- Controle motor:
 - RI/RE e flexão 90–125 (estabilização rítmica)
 - Isometria alternada em quadrupedia e estabilização de bola na parede
 - Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP): elevações diagonais D1, elevações diagonais D2 da FNP
- Alongamento:
 - Rotação interna atrás das costas com toalha, adução horizontal deitado de lado, alongamento “sleeper”, tríceps e latíssimo do dorso

Precauções

- Não levantar objetos pesados (> 5 kg)

Critérios para progressão

- Padrões de substituição mínimos ou ausentes com a MPA do ombro
- Dor < 4/10

Fase IV – Transicional (Semanas 9–11)

O movimento deve estar agora completo e confortável; esta fase visa torná-lo forte e estável. A resistência aumenta nos exercícios do manguito rotador, o programa da escápula alarga-se e o trabalho de controlo desafia o ombro em padrões diagonais e funcionais. O limite de levantamento de 5 kg ainda se aplica, e as posições que

tensionam a parte frontal da articulação (rotação externa do braço enquanto está levantado acima de 80 graus para o lado) continuam a ser evitadas.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Não sobrecarregar o tecido em cicatrização (especialmente a cápsula anterior)
- Manter a MPP (Movimento Passivo) sem dor
- Continuar a melhorar a MPA (Movimento Passivo Ativo)
- Melhorar a estabilidade dinâmica do ombro
- Restaurar gradualmente a força e a resistência do ombro

Gestão

- Continuar com as intervenções das Fases II–III
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - Amplitude de movimento completa em todos os planos
- Fortalecimento:
 - Manguito rotador: aumentar a resistência dos exercícios do manguito rotador
 - Periescapular: push-up plus de joelhos, exercício “W”, “W” com banda elástica, abraço dinâmico, abraço dinâmico com banda elástica, extensões isométricas dos ombros em prono, soco frontal com banda elástica, soco frontal, tripé, indicador
- Controlo motor:
 - Padrão PNF com banda elástica; levantamentos diagonais PNF D1 com resistência; deslizos na parede diagonais para cima e para baixo com banda elástica

Precauções

- Não levantar objetos pesados (> 5 kg)
- Evitar exercícios que tensionem a cápsula anterior do ombro (ou seja, rotação externa do ombro acima de 80 graus de ABD)

Critérios para progressão

- MPA supina de flexão \geq 140 graus
- MPA supina de ABD \geq 120 graus
- MPA supina de RE no plano escapular \geq 60 graus
- MPA supina de RI no plano escapular \geq 70 graus
- Elevação do ombro em MPA até 120 graus com mínimos padrões de substituição
- 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 todas as atividades para as quais deseja utilizá-lo: construção de força e resistência em posições mais elevadas, incluindo trabalho de rotação com o braço elevado a 90 graus, e progressão do trabalho de estabilidade acima da cabeça. Ir além do protocolo (incluindo qualquer retorno ao esporte) ocorre com a autorização do cirurgião, após o cumprimento de todas as metas intermediárias, e, para atletas, a decisão é individualizada e não baseada no calendário.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Manter amplitude de movimento sem dor
- 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:
 - Manguito rotador: rotação externa a 90 graus, rotação interna a 90 graus, rotação externa em pé com banda elástica a 90 graus, rotação interna em pé com banda elástica a 90 graus
 - Periescapular: exercícios T e Y, exercício “T”, flexão de braços (push-up) com joelhos estendidos, flexão de braços na parede
- Controle motor:
 - Progressão da estabilização com bola na parede para isometria alternada acima da cabeça / estabilização rítmica

CrITÉRIOS para progressão

- Liberação médica e cumprimento de TODOS os critérios das metas intermediárias
- Manter amplitude de movimento passiva (PROM) e ativa (AROM) sem dor
- Executar todos os exercícios demonstrando mecânica escapular simétrica
- Escores de desfecho QuickDASH e ASES

Retorno ao esporte

- Para o atleta recreativo ou competitivo, a tomada de decisão sobre o retorno ao esporte deve ser individualizada e baseada em fatores, incluindo o nível de exigência do membro superior, esporte de contato versus não contato, frequência de participação, etc. Recomenda-se uma discussão detalhada com o cirurgião de referência antes de avançar para um programa de reabilitação de retorno ao esporte.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da prática clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#) e [o cuidado com a ferida](#). Para o procedimento cirúrgico em si, consulte [artroplastia total do ombro](#). As evidências que sustentam este protocolo, bem como a razão pela qual a fase inicial protege a reparação do subescapular, estão resumidas na seção de evidências, disponível em formato PDF no topo desta página.