

Fixação da Clavícula (ORIF)

Boa postura e movimento protegido enquanto uma fratura da clavícula se cura.

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 fixação com placa de uma fratura da clavícula (osso da clavícula), redução aberta e fixação interna (ROFI), com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Cada fase abaixo começa 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 o seu PDF à sua primeira consulta de fisioterapia para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu fisioterapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação está progredindo.

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

A operação mantém as extremidades fraturadas da clavícula em posição com uma placa e parafusos, permitindo que o osso cicatrize. A placa é resistente, mas funciona como uma tala, não como substituto do osso já consolidado: o osso em si geralmente leva cerca de seis a doze semanas para se unir, e continua a fortalecer-se (remodelação) durante os meses seguintes. A reabilitação é escalonada de acordo com essa biologia: nas primeiras semanas, protege-se a fixação enquanto a fratura começa a consolidar; em seguida, recupera-se a mobilidade; e, por último, introduzem-se cargas e a prática desportiva, quando o osso estiver apto a suportá-las.

Por se tratar de uma fratura, cada etapa subsequente (elevar o braço acima da altura do ombro, fortalecer, levantar pesos mais pesados e regresso à prática desportiva) depende não apenas do calendário, mas da aparência da fratura na radiografia, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento com o Dr. Hirpara. Os intervalos de semanas indicados abaixo são típicos, não fixos.

A consolidação óssea é mais lenta em fumadores e em pessoas com diabetes, e o tabagismo, em particular, pode atrasar ou mesmo impedir a união da fratura. Se fuma, as semanas após a fratura constituem um momento particularmente oportuno para parar.

A clavícula situa-se diretamente sob a pele, pelo que é comum sentir (e ver) a placa após a diminuição do inchaço. Pode haver sensibilidade sob o cinto de segurança ou a alça de uma mochila nos primeiros meses; isto geralmente melhora à medida que a área se dessensibiliza. Se a placa continuar a causar incómodo após a fratura ter completamente consolidado, a sua remoção é uma opção que pode ser discutida numa consulta posterior; trata-se de uma decisão separada, sem urgência, tomada bem depois de o osso se ter unido.

O percurso em resumo:

- **Fase I – Proteção:** semanas 0–3
- **Fase II – Movimento inicial:** semanas 3–6
- **Fase III – Fortalecimento:** semanas 6–12
- **Fase IV – Retorno à atividade total e desportiva:** a partir da semana 12

Usando a sua manta

A manta suporta o peso do braço, alivia o desconforto e protege o osso em cicatrização nas primeiras semanas. As regras são simples:

- Use-a especialmente quando sair de casa, para proteger o braço e evitar que as pessoas o batam. Não precisa de dormir com ela.
- Durante as primeiras três semanas, use-a na maior parte do tempo. A partir daí, vai sendo gradualmente retirada conforme o conforto permitir, e a maioria das pessoas deixa de a usar por volta das seis semanas.
- Retire-a para tomar banho, para os seus exercícios e para tarefas tranquilas realizadas sentado com o braço apoiado: comer, escrever, ler.
- Em casa, pode retirá-la se agir com prudência: braço apoiado numa almofada enquanto está sentado, e a mão mantida abaixo da altura do ombro.
- **Não conduza enquanto estiver a usar a manta.** A condução só recomeça quando deixar de usar a manta e puder controlar o carro de forma confortável e segura, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento com o Dr. Hirpara.

Os seus primeiros dias após a cirurgia

Se foi utilizado um bloqueio nervoso durante a cirurgia, o braço pode sentir-se adormecido e pesado durante algumas horas após o procedimento; mantenha-o protegido na atela até que a sensibilidade normal seja restabelecida. Algumas dicas práticas para os primeiros dias:

- Tome os analgésicos antes de realizar os seus exercícios e antes das suas consultas de fisioterapia.

- Aplique gelo sobre a área para dor e inchaço, durante cerca de 15 a 20 minutos de cada vez, envolto num pano húmido, nunca diretamente sobre a pele ou a ferida.
- Ao usar a atela, relaxe o ombro e deixe que a atela suporte o peso do seu braço.
- Atenção à postura: mantenha as orelhas, ombros e ancas alinhados e evite deixar os ombros cair para a frente; uma boa postura protege a posição da fratura e ajuda a prevenir a rigidez.
- Mantenha os dedos, o pulso, o cotovelo e o pescoço em movimento desde o início.
- Se tiver quaisquer problemas, contacte a clínica ou informe o seu fisioterapeuta.

Fase I – Proteção (Semanas 0–3)

As primeiras semanas consistem em proteger a fixação enquanto a fratura começa a consolidar. Você estará no suporte (sling), controlando o inchaço com gelo e realizando exercícios suaves que mantêm o restante do braço em movimento: a mão, o punho, o cotovelo e o pescoço, juntamente com exercícios de pêndulo e movimento assistido suave do ombro abaixo da altura do ombro. As regras mais importantes são: não elevar o cotovelo acima da altura do ombro, não levantar ou carregar objetos com o braço operado, não empurrar para cima através do braço e não dirigir enquanto estiver usando o suporte.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Proteger a fixação, o osso em cicatrização e os tecidos moles
- Controlar a dor e o inchaço
- Restaurar a amplitude de movimento passiva do ombro abaixo de 90° de elevação
- Manter a amplitude de movimento completa do cotovelo, punho, mão e coluna cervical

Conduta

- Crioterapia e modalidades conforme necessário; analgesia antes dos exercícios e sessões
- Verificar o ajuste do suporte; educar sobre o uso do suporte (uso protetor, especialmente fora de casa; não é necessário durante a noite, conforme a convenção da prática) e postura
- Exercícios de pêndulo e deslizos sobre a mesa
- AMP: rotação externa e interna no plano da escápula até o conforto; flexão / elevação frontal / abdução até um máximo de 90°
- AMPA: rotação externa com bastão em posição neutra; flexão assistida em decúbito dorsal até 90°
- AROM: cotovelo, punho, mão e coluna cervical; trabalho de preensão (apertar bola)
- A partir da semana 2: flexão/extensão resistida do punho e rotação do antebraço; ajuste e retração escapular suaves
- Cardio: caminhada com o braço no suporte; bicicleta estacionária ou reclinada com o braço no suporte

Precauções

- Nenhuma elevação ativa do ombro
- Nenhuma flexão ou abdução do ombro além de 90°, inclusive passivamente
- Não levantar ou carregar objetos com o braço operado; não apoiar peso através do braço
- Não dirigir enquanto estiver usando o suporte

Critérios para progressão

- Flexão/elevação frontal passiva confortável até 90° e rotação externa até aproximadamente 30°
- Dor controlada abaixo de 4/10 em repouso
- Amplitude de movimento ativa completa do cotovelo, punho e mão
- Ferida cicatrizada, sem sinais de complicação

Fase II – Movimento precoce (Semana 3–6)

A fratura está a começar a consolidar, mas ainda não está curada: esta fase recupera o movimento, não a força. A atadura é progressivamente retirada conforme o conforto permitir, a amplitude de movimento passiva e assistida progride em direção à total, e começa a mover o braço com a sua própria força abaixo da altura do ombro, juntamente com exercícios de ativação muscular suave (isométricos). Mantenha qualquer objeto que levante ou transporte com um peso máximo equivalente ao de uma chávena de café, e evite qualquer alongamento vigoroso. Esta fase termina com uma radiografia e uma avaliação com o Dr. Hirpara por volta das seis semanas; essa avaliação, e não apenas o calendário, abre a porta para o fortalecimento e para o movimento acima da altura do ombro.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Reduzir o uso da atadura (abandonada por volta da semana 6)
- Progressão da amplitude de movimento passiva em direção à total em todos os planos
- Estabelecer amplitude de movimento ativa abaixo de 90° com boa mecânica
- Iniciar trabalho isométrico suave e periescapular

Gestão

- AMP: progressão em direção à amplitude total em todos os planos, até à tolerância; sem alongamento vigoroso
- AMAP: flexão em decúbito dorsal com uma barra, progredindo para a posição ereta (progressão tipo cadeirão), deslizes na parede e no trilho, polias
- AMA: elevação abaixo de 90°, sem dor; flexão em decúbito dorsal a progredir para a posição de pé; rotação externa sentado e em decúbito lateral

- Trabalho isométrico do manguito rotador em neutro; fortalecimento periescapular leve (retração escapular, remada baixa, remada média); trabalho leve de bíceps e tríceps
- Monitorizar padrões de compensação (elevação do ombro, substituição escapular)
- Cardio: caminhada; bicicleta estacionária

Precauções

- Não levantar ou transportar pesos superiores a cerca de uma chávena de café
- Não realizar elevação ativa além de 90° até que a consolidação da fratura seja confirmada na avaliação das seis semanas
- Não realizar alongamentos vigorosos do ombro ou posições que provoquem dor
- Não apoiar peso através do braço
- Não conduzir enquanto usa a atadura

CrITÉRIOS para progressão

- Amplitude de movimento passiva total, ou quase total
- Elevação ativa até 90° com compensação mínima e dor inferior a 4/10
- Consolidação satisfatória da fratura na radiografia, conforme confirmado na avaliação com o Dr. Hirpara

Fase III – Fortalecimento (Semanas 6–12)

Assim que a sua avaliação confirmar que a fratura está a sarar bem, os movimentos acima da altura do ombro começam e a amplitude de movimento ativa completa é progressivamente alcançada nas semanas seguintes. O fortalecimento inicia-se de forma suave: primeiro, trabalho de ativação muscular, depois bandas elásticas e, em seguida, pesos leves para os músculos do manguito rotador e da escápula. A carga de levantamento mantém-se leve (não superior a cerca de 2 kg) até às 12 semanas; o levantamento de cargas pesadas ou acima da cabeça é adiado, e não há prática de desportos de contacto nesta fase. A natação e a bicicleta são tipicamente reintroduzidas durante esta fase, conforme orientação do seu fisioterapeuta.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Amplitude de movimento ativa completa em todos os planos, com mecânica normal
- Iniciar e progressar o fortalecimento do manguito rotador e dos músculos periescapulares
- Retorno às atividades diárias normais

Gestão

- Progressão da amplitude de movimento ativa (AMA) acima de 90° em todos os planos, minimizando padrões compensatórios
- Alongamento conforme necessário: dorsal largo, peitoral, cápsula posterior e alongamento “sleeper”

- Fortalecimento: trabalho isométrico do manguito, progressando para rotação externa/interna resistida com bandas, inicialmente abaixo da altura do ombro; retração escapular e remadas; elevações laterais (scaption), trabalho do serrátil anterior e flexões de parede no final da fase
- Pesos livres leves, progressão conforme tolerado: carga baixa, repetições mais elevadas
- Cardio: bicicleta estacionária e caminhada; natação e corrida a partir das 8–10 semanas, se aprovado na avaliação

Precauções

- Não levantar cargas superiores a cerca de 2 kg até às 12 semanas
- Evitar levantamento de cargas pesadas acima da cabeça ou afastadas do corpo até às 12 semanas
- Sem desportos de contacto; sem pliometria ou carga de impacto até ao final da fase (cerca de 10–12 semanas)
- O fortalecimento mantém-se dentro de uma faixa confortável e não deve provocar dor persistente

CrITÉRIOS para progressão

- Amplitude de movimento ativa de pelo menos 90% do lado contralateral
- Boa ativação do manguito rotador e dos músculos periescapulares, com dor não superior a 3/10 durante o trabalho resistido
- Consolidação da fratura em progressão na radiografia, conforme confirmado na avaliação com o Dr. Hirpara

Fase IV – Retorno à atividade e ao esporte completos (a partir da semana 12)

A fase final é um retorno gradual a levantamentos de carga mais pesada, trabalho manual e esporte. O trabalho de força progride através de resistências mais pesadas, posições acima da cabeça e, para atletas, exercícios pliométricos, de arremesso e específicos do esporte. Esportes de contato e colisão (futebol, rugby, equitação) exigem consolidação óssea visível na radiografia, conforme confirmado na sua avaliação com o Dr. Hirpara, tipicamente a partir de três a quatro meses, no mínimo, e alguns protocolos adiam o retorno a esportes de colisão até seis meses. Retornar antes da consolidação óssea aumenta o risco de nova fratura, portanto, esta é uma etapa que deve ser respeitada.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Amplitude de movimento completa e sem dor, mantida
- Força de pelo menos 90% em relação ao lado não envolvido
- Retorno gradual ao trabalho manual, atividades recreativas e ao esporte

Conduta

- Treinamento resistido progressivo, incluindo carga excêntrica, posições acima da cabeça e padrões funcionais, conforme tolerado
- Estabilização rítmica e trabalho proprioceptivo; programas pliométricos e de arremesso intervalado ou de raquete para atletas de membros superiores acima da cabeça
- Condicionamento específico para o trabalho para trabalhadores manuais; exercícios específicos do esporte antes da liberação para a prática sem restrições
- Decisão sobre o retorno ao esporte individualizada (contato versus não contato, demanda do membro superior) e coordenada com o cirurgião

CrITÉRIOS para progressão

- Amplitude de movimento ativa completa e sem dor
- Força de pelo menos 90% em relação ao lado não envolvido na dinamometria, sem dor durante o teste de força
- Conclusão de um programa de retorno ao esporte graduado, sem dor ou apreensão
- Consolidação radiográfica confirmada na avaliação com o Dr. Hirpara antes do retorno a esportes de contato ou colisão

Após o seu protocolo

As fases acima são adaptadas de protocolos de reabilitação publicados para a fixação de fratura de clavícula: Massachusetts General Brigham Sports Medicine, Mammoth Orthopedic Institute, a Universidade do Colorado (Dr. Jonathan Bravman) e Midwest Orthopaedics at Rush (Dr. Brian Cole), juntamente com as orientações de fisioterapia do NHS de West Suffolk e United Lincolnshire, e evidências de retorno ao esporte de uma revisão sistemática de fraturas de clavícula em atletas. As faixas semanais são típicas, e não fixas, e a sua progressão é guiada pelo seu fisioterapeuta e condicionada à consolidação da fratura nas suas consultas de acompanhamento com o Dr. Hirpara. Esta página complementa as orientações gerais de recuperação da prática; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#) e [o cuidado com a ferida](#). Para o procedimento cirúrgico em si, consulte [a fixação da clavícula](#). As evidências por trás deste protocolo (os dados dos ensaios operativos versus não operativos, as taxas de consolidação e de retorno ao esporte, e os protocolos publicados pelos cirurgiões) estão resumidas na seção de evidências, disponível como um PDF no topo desta página.