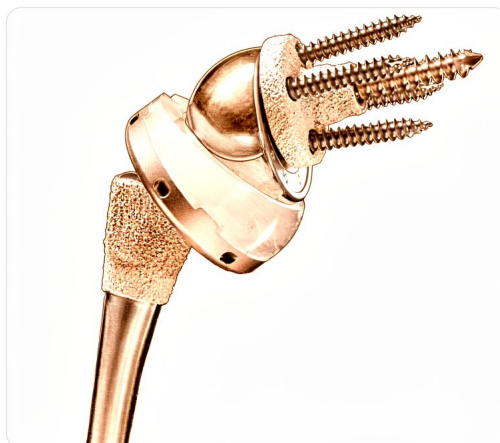


Artroplastia Reversa do Ombro

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 total 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 do que está a acontecer e do que é mais importante, seguida pelo protocolo estruturado **para o seu fisioterapeuta**: traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira consulta de fisioterapia, para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu fisioterapeuta pode ajustar o plano, dependendo da 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

Terá o braço adormecido ao acordar, e a sensibilidade geralmente retorna entre 6 a 12 horas. Raramente, alguma dormência ou fraqueza pode persistir por 2 a 3 dias.

Ao acordar da sua cirurgia, estará em uma tipoia, 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 ser deixada intacta por 2 semanas. Seus pontos são absorvíveis e não precisam ser removidos, mas pode haver pontas de ponto em cada extremidade da ferida que podem ser cortadas rente à pele após 2 semanas. Você será agendado para uma consulta com nossa enfermeira para verificação da ferida entre 1 e 2 semanas após a sua cirurgia. Se não puder comparecer à verificação do curativo, poderá remover o curativo você mesmo após 2 semanas.

Prazos aproximados para retorno às atividades:

- **Dirigir:** 6 semanas

- **Natação:** peito: 8 semanas; crawl: 12 semanas
- **Golfe:** 4–6 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 apoia o ombro para maior conforto enquanto a dor inicial diminui. Ela serve para 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, 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 inicialmente e irá ensiná-lo a geri-la de forma independente antes de ir para casa. Ajustá-la corretamente 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 se projetar demasiado para fora da manta, não lhe proporcionará o suporte adequado.
3. A sua manta tem duas tiras de velcro: uma prende-se 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 ir para casa, 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 auxílio ou ajuda. Amplitude de movimento *ativa-assistida* significa usar 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) faz o trabalho. Desde o início, pode começar a mover o ombro com assistência do outro braço e, dentro dos limites do conforto, suavemente por sua própria força, sendo frequentemente 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:

- Use 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 está detalhada no seu pacote de alta hospitalar.
- Se tiver algum problema, contacte o consultório ou informe o seu fisioterapeuta.

Estes são os exercícios que os fisioterapeutas do hospital iniciarão, que deverão ser 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 tipóia para conforto, gerencie o inchaço com gelo e compressão e mantenha o cotovelo, o pulso e a mão em movimento. Desde o início, também inicia movimentos suaves do ombro, assistidos pelo outro braço e, dentro do conforto, suavemente por força própria, sendo frequentemente mais fácil deitar-se de costas para que a gravidade auxilie. Deixe o conforto ser o seu guia e não force nada. As regras mais importantes dizem respeito à proteção da articulação contra a saída da posição normal: 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-se de costas, mantenha uma pequena almofada ou toalha enrolada sob o cotovelo para que o ombro não se estire 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 (ADM) do membro superior (MS) no cotovelo, mão e pulso
- Estabelecer movimento ativo-assistido e ativo precoce do ombro dentro do conforto
- Minimizar a inibição muscular
- Educação do paciente

Tipóia

- 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:
 - ADM passiva (ADMp): rotação externa (RE) no plano escapular até à tolerância; flexão/scaptação $\leq$ 120 graus; abdução (ABD) $\leq$ 90 graus; deslizamento na mesa de flexão glenoumeral (GU) sentado; pêndulos; deslizamentos horizontais na mesa sentado
 - Amplitude de movimento ativo-assistida (AMAA): desde o início: flexão ativa-assistida do ombro (começar deitado de costas/assistido pela gravidade), dentro dos limites da ADMp acima
 - Amplitude de movimento ativa (AMA): desde o início: movimento suave do ombro ativo conforme tolerado dentro do conforto; mais cotovelo, mão, pulso

Precauções

- Sem ADMp/AMA 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-se de costas para evitar hiperextensão do ombro

Critérios para progressão

- Aumento gradual da ADMp, AMAA e AMA do ombro dentro do conforto
- 0 graus de ADMp do ombro em RI

- 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 e do deltóide começa por volta da semana 4. Nesta fase, deve estar sem a muleta durante o dia; pode ainda usá-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 com as 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 (AMP) do ombro
- Progressão da amplitude de movimento ativo-assistida (AMA)/ativa (AM) 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:
 - AMA: flexão do ombro ativo-assistida, flexão do ombro com bengala, alongamento de rotação externa com bengala, pressão com toalha de banho, elevação do ombro sentado com bengala
 - AM: 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: isométricos 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 corporal com as 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 AMP, AMA e AM do ombro
- 0 graus de AMP do ombro em rotação interna
- Contração muscular palpável sentida na musculatura escapular
- Dor < 4/10
- Sem complicações na Fase II

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

A tipia já está bem para trás. O movimento progride em todas as direções, incluindo a primeira rotação interna passiva suave (rotação do 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 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
- Progredir gradualmente a ROM passiva do ombro; iniciar ROM passiva de RI no plano escapular
- Progredir gradualmente a ROM passiva-assistida do ombro
- Progredir gradualmente a ROM ativa do ombro
- Progredir o fortalecimento do deltoide
- Progredir o 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; ROM passiva de RI gradual no plano escapular ≤ 50 graus
 - ROM passiva-assistida: deslizos em mesa inclinada, escalada na parede, polias, elevação do ombro sentado com bengala com abaixamento ativo
 - ROM ativa: elevação lateral (scaption) sentado, flexão sentado, 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, rolagem de bola na parede
- Controle motor:
 - RI/RE no plano de elevação lateral e flexão de 90–125 graus (estabilização rítmica) deitado
- Alongamento:
 - Adução horizontal deitado de lado (ADD), tríceps e latíssimo do dorso

Precauções

- Não alcançar atrás das costas 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

CrITÉRIOS 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
 - RE ≤ 30 graus em neutro
 - RI ≤ 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 agora ser completa em todos os planos, e o foco muda 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 (acima 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 controle motor
- Melhorar a estabilidade dinâmica do ombro
- Restaurar gradualmente a força e a resistência do ombro
- Retorno às atividades funcionais completas

Conduta

- 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, remada sentado com banda elástica, remar, remar, cortador de grama, tripé, ponteiro
 - Deltóide: adicionar gradualmente resistência com exercícios do deltóide
- Controle motor:
 - IR/ER e flexão de 90–125 graus (estabilização rítmica)
 - Isometria alternada em quadrupedia e estabilização com bola na parede
 - Golpes de campo
 - Facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP): levantamentos diagonais D1, levantamentos diagonais D2

Precauções

- Não levantar objetos pesados (> 5 kg)

Critérios para progressão

- Realiza 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 proibidos. Esta fase, e o protocolo, terminam com a autorização do seu cirurgião, após o cumprimento de todas as metas.

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 de metas
- Manter a AM passiva (AMP) e AM ativa (AMA) sem dor
- Realizar todos os exercícios demonstrando mecânica escapular simétrica
- Medidas de desfecho autorrelatadas 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 o uso da tipóia e as regras de movimento, bem como as referências de pesquisa) estão detalhadas no resumo de evidências complementar (disponível para download em PDF).