

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 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 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

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 tipóia, 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. Os 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, você pode remover o curativo sozinho 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:** 4–6 meses
- **Levantamento de peso:** levantamento leve pode começar em 6 semanas; evitar 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 ele cicatriza. As regras são simples:

- Use-a durante **6 semanas**, incluindo enquanto dorme.
- Retire-a apenas para tomar duche e para os seus exercícios, depois de ter sido ensinado como fazê-lo, e sempre que a manta estiver retirada, mantenha o braço ao lado do corpo.
- Em repouso em casa, pode retirá-la se o fizer com bom senso: 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, bem apoiado.
2. A extremidade da manta deve repousar na articulação do dedo mínimo. Se a sua mão ficar mais para fora, a manta não o está a suportar corretamente.
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 em redor do pescoço e prendê-la através da alça superior.
5. Prenda a tira inferior em redor 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; uma boa postura protege as costas e ajuda a prevenir a rigidez do ombro. Uma toalha enrolada na zona lombar quando 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 saber 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 faz 100% do trabalho. O seu fisioterapeuta dir-lhe-á que tipo de movimento cada exercício utiliza.

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.
- É permitido tirar 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-lhe marcada uma consulta, detalhada no seu pacote de alta hospitalar.
- Se tiver quaisquer problemas, 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 à noite), aplicará gelo e compressão para o inchaço, enquanto o seu fisioterapeuta move suavemente o ombro por si dentro de limites estabelecidos e mantém a mão, o pulso e o cotovelo em movimento por si mesmo. 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 para trás 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

Gestão

- Muleta: rotação neutra; usar à noite durante o sono
- Gestão do inchaço: gelo, compressão
- Amplitude de movimento / mobilidade:
 - AMP: rotação externa (RE) ≤ 30 graus no plano escapular; rotação interna (RI) até à linha do cinto no plano escapular
 - Flexão/scaptação até à tolerância; abdução (ABD) ≤ 90 graus; pêndulos; deslizamento na mesa de flexão glenoumeral (GU) sentado; deslizamento horizontal na mesa sentado
 - Amplitude de movimento ativo-assistida (AMAA): flexão do ombro ativo-assistida
 - 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 baixa
 - Aperto de bola

Precauções

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

- $\geq 50\%$ da AMP de flexão e scaption do ombro em comparação com o lado contralateral
- ≤ 90 graus de AMP de ABD do ombro
- ≤ 30 graus de AMP de RE do ombro no plano escapular
- ≥ 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 tipóia permanece à noite e, durante o dia, é gradualmente descontinuada ao longo destas duas semanas. O seu fisioterapeuta progressa o movimento passivo em direção à amplitude total (ainda dentro dos limites estabelecidos de rotação externa e abdução), adiciona movimentos assistidos e, em seguida, 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 do ombro
- Minimizar padrões de substituição com AMA e AAMA
- Melhorar a ativação/força dos músculos periescapulares
- Iniciar a ativação do manguito rotador (MR) (rotadores externos)
- Educação do paciente

Gestão

- Tipóia: usar à noite durante o sono; iniciar gradualmente a descontinuação da tipóia ao longo das próximas duas semanas 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
 - AAMA: 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, soco deitado
- Fortalecimento:
 - Manguito rotador: isométricos de rotação externa
 - Periescapulares: remar na bola de pilates, 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

- Não realizar 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 ao deitar 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 do ombro no plano escapular em comparação com o lado contralateral
- 30 graus de AMP de RE do ombro no plano escapular
- 90 graus de AMP de ABD do ombro
- Mínimos padrões de substituição com AAMA
- 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 os músculos escapulares, e pode retomar as atividades diárias completas. Mantém-se dois limites: nada mais pesado do 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 assistida: deslizem em mesa inclinada, rolagem de bola na parede, escalada na parede, polias
 - MPA ativa: escápula sentada, flexão sentada, elevação frontal deitado 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 relva, “robbery” (nota: termo original não traduzido por ser específico ou potencial erro de digitação no original)
- Controle motor:
 - RI/RE e flexão 90–125 (estabilização rítmica)
 - Isometria alternada em quadrupedia e estabilização de bola na parede
 - Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP): levantamentos diagonais D1, levantamentos 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 ativa do ombro
- Dor < 4/10

Fase IV – Transicional (Semanas 9–11)

O movimento deve estar agora completo e confortável; esta fase visa tornar o ombro forte e estável. A resistência aumenta nos exercícios do manguito rotador, o programa da escápula torna-se mais abrangente e o trabalho de controle desafia o ombro em padrões diagonais e funcionais. O limite de levantamento de 5 kg ainda se aplica, e as posições que sobrecarregam a parte anterior da articulação (rotação externa do braço enquanto está elevado 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 Completo) sem dor
- Continuar a melhorar a MPC (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: flexão de braços (push-up) mais, exercício “W”, “W” com banda elástica, abraço dinâmico, abraço dinâmico com banda elástica, extensão isométrica do ombro em decúbito ventral, soco frontal com banda elástica, soco frontal, tripé, indicador
- Controle motor:
 - Padrão PNF com banda elástica; levantamentos diagonais PNF D1 com resistência; deslizes na parede diagonais (para cima e para baixo) com banda elástica

Precauções

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

Critérios para progressão

- MPC supina de flexão ≥ 140 graus
- MPC supina de ABD ≥ 120 graus
- MPC supina de RE no plano escapular ≥ 60 graus
- MPC supina de RI no plano escapular ≥ 70 graus
- Elevação do ombro com MPC até 120 graus com mínimos padrões de substituição
- Executar 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. A transição para além do protocolo (incluindo qualquer retorno ao esporte) ocorre com a autorização do cirurgião, uma vez que todos os marcos tenham sido atingidos, 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”, push-up plus com joelhos estendidos, push-up na parede
- Controle motor:
 - Progressão da estabilização da bola na parede para isometria alternada acima da cabeça / estabilização rítmica

CrITÉRIOS para progressão

- Liberação médica e ATENÇÃO: todos os critérios de marco foram atingidos
- Mantém PROM e AROM sem dor
- Executa 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 demanda sobre o 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; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#) e [o cuidado com a ferida](#). Para o procedimento cirúrgico em si, consulte [a 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 PDF no topo desta página.