DR. CARLOS MORENO CASTILLO
Cirurgia de ombro e cotovelo

GUIA PARA PACIENTES

Passo a passo da sua cirurgia do manguito rotador

Da decisão pela cirurgia até a volta às suas atividades.



ANTES DE COMEÇAR

Como usar este guia

Este guia reúne o que conversamos na consulta e o que você vai viver em cada etapa: a decisão, a preparação, o dia da cirurgia, os primeiros dias em casa e a reabilitação. Leia com calma, compartilhe com quem vai acompanhar você e anote suas dúvidas para resolvê-las com a equipe.

O reparo do manguito rotador é uma das cirurgias mais frequentes do ombro. Cada paciente chega a ela com uma lesão diferente, e por isso vários prazos deste guia são faixas. A sua orientação pessoal é sempre a que a sua equipe entrega a você.

OS CINCO MARCOS DA NOSSA EQUIPE

1. **Dia da cirurgia.** Você termina com um imobilizador de ombro colocado e vai para casa com uma receita para a dor.
2. **Em uma semana.** Primeiro curativo.
3. **Aos 14 dias.** Retirada dos pontos.
4. **Aos 14 dias.** Início da fisioterapia.
5. **Entre as semanas 2 e 3.** Retirada progressiva do imobilizador, conforme a sua lesão.

Seu contato durante todo o processo

Pamela Yáñez, enfermeira supervisora da equipe, coordena seus exames, seus curativos e seus retornos. Escreva para ela pelo WhatsApp: +56 9 6684 7103.

Dois tipos de quadros

Os quadros azuis, como o de cima, trazem as orientações da nossa equipe. Os quadros brancos resumem o que mostram os estudos científicos, com o número da referência entre colchetes. A lista completa está no final.

Conteúdo

ANTES DE COMEÇAR
Como usar este guia 2

PARTE 1 · A DECISÃO
A decisão pela cirurgia 4
O que é o manguito rotador 5
Quando a cirurgia é indicada 6
Por que cada cirurgia é diferente 7
Os fatores que definem o seu plano 8
O que você pode esperar do resultado 9

PARTE 2 · SUA EQUIPE
Uma equipe por trás da sua cirurgia 10
Quem é quem 11
Perguntas úteis para a sua consulta 12

PARTE 3 · A PREPARAÇÃO
As semanas anteriores 13
Exames, medicamentos e saúde 14
Prepare a sua casa e o seu acompanhante 15
O dia anterior 16
O que levar para a clínica 17

PARTE 4 · O DIA DA CIRURGIA
O dia da cirurgia, passo a passo 18
O percurso completo 19
A anestesia e o bloqueio do braço 20
O bloqueio: tipos, duração e cuidados 21
O que é feito dentro do seu ombro 22
O reparo, passo a passo 23
As primeiras horas e a alta 24

PARTE 5 · EM CASA
Os primeiros dias em casa 25
A dor em casa 26
O imobilizador de ombro 27
Dormir nas primeiras semanas 28
Higiene, roupa e o dia a dia 29
Curativos, pontos e retornos 30

PARTE 6 · A REABILITAÇÃO
A reabilitação, etapa por etapa 31
As cinco etapas 32
Médico, fisioterapeuta e você: um plano 33
Trabalho, direção e esporte 34

PARTE 7 · SEGURANÇA E ENCERRAMENTO
Quando avisar a equipe 35
Perguntas frequentes 36
Minha cirurgia: folha para preencher 37
Listas para imprimir 38
Sobre este guia 39
Referências 40



PARTE 1 · A DECISÃO

A decisão pela cirurgia

Fazer a cirurgia é uma decisão que tomamos juntos na consulta. Para chegar a ela, revisamos a sua história, o exame do seu ombro e as suas imagens, e conversamos sobre o que você quer recuperar: dormir sem dor, voltar ao trabalho, retomar um esporte.

Uma boa decisão responde a três perguntas: qual é a sua lesão, o que cada tratamento oferece no seu caso e o que cada um exige de você. As páginas seguintes ajudam a respondê-las com o seu médico.

O que é o manguito rotador

O manguito rotador é um grupo de quatro tendões que envolvem a cabeça do úmero: supraespinal, infraespinal, subescapular e redondo menor. Eles mantêm o ombro centrado e permitem levantar e girar o braço.

Como ele se rompe

Um tendão pode se romper de forma parcial, quando uma parte da sua espessura é lesada, ou completa, quando a ruptura atravessa toda a espessura do tendão. Algumas rupturas aparecem depois de uma queda ou de um esforço brusco. Muitas outras se instalam de forma gradual, como parte de uma lesão degenerativa do tendão, e dão sintomas com o passar do tempo.

O que se sente

- Dor na face externa do ombro e do braço.
- Dor que faz você acordar à noite ou que impede dormir sobre esse lado.
- Menos força para levantar o braço, pentear o cabelo ou pegar objetos no alto.

Como se confirma

O diagnóstico se apoia no exame físico e em imagens. A ultrassonografia e a ressonância magnética mostram quais tendões estão comprometidos, o tamanho da ruptura, quanto o tendão se retraiu e em que estado está o músculo. Essa informação define as opções de tratamento.

Um tendão desinserido não volta a se fixar no osso sozinho. Ainda assim, muitas pessoas recuperam uma função satisfatória com fisioterapia, e outras precisam do reparo do tendão para consegui-la. A página seguinte explica como se decide.

Quando a cirurgia é indicada

Situações em que a cirurgia costuma ser recomendada

- Uma ruptura completa em uma pessoa ativa.
- Uma ruptura causada por um trauma, sobretudo se houver perda de força.
- Dor ou fraqueza que persistem depois de um tratamento bem conduzido com fisioterapia.

Situações em que convém começar sem cirurgia

- Rupturas parciais e tendinopatias.
- Algumas rupturas completas pequenas, sem trauma, em pessoas com menor exigência física. Elas são bem controladas com exercício orientado, analgesia e infiltrações.

Quando o tendão já não pode ser reparado

Algumas rupturas grandes e antigas não permitem levar o tendão de volta ao osso. Para elas existem outras cirurgias, escolhidas caso a caso.

O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS

- Em rupturas pequenas e médias, um ensaio clínico com 15 anos de seguimento encontrou melhores resultados com o reparo do que com a fisioterapia isolada. As rupturas não operadas aumentaram de tamanho com o tempo [2].
- Em pessoas com mais de 55 anos e rupturas pequenas do supraespinal, sem trauma, outro ensaio não encontrou vantagens da cirurgia sobre o tratamento conservador em mais de cinco anos [3]. Uma revisão Cochrane descreve resultados parecidos entre os dois tratamentos no curto prazo [1].
- As diretrizes clínicas e os consensos atuais recomendam decidir conforme a lesão, a idade, a atividade e os objetivos de cada pessoa [4, 5].

Por isso a indicação é individual. O seu cirurgião vai explicar em que grupo está a sua lesão e o que você pode esperar de cada caminho.



PARTE 1 · A DECISÃO

Por que cada cirurgia é diferente

Duas pessoas com o mesmo diagnóstico podem precisar de cirurgias e recuperações diferentes. Uma ruptura do manguito rotador é descrita pelo tamanho, pelos tendões comprometidos, pela espessura, pela retração e pelo estado do músculo [5].

Com esses dados, mais a sua idade, a sua saúde e a sua atividade, o cirurgião define a técnica, o tempo de imobilizador e o ritmo da sua reabilitação. A página seguinte explica cada fator.

Os fatores que definem o seu plano

Sua idade	A capacidade do tendão de cicatrizar diminui com os anos. Nos estudos, a cicatrização é mais frequente antes dos 50 e cai de forma gradual depois [8].
Os tendões rompidos	Uma ruptura isolada do supraespinal é diferente de uma que compromete também o infraespinal ou o subescapular.
O tamanho e a retração	Quando o tendão se solta, o músculo o puxa para trás. Quanto maior e mais retraída a ruptura, mais tensão o reparo suporta.
A qualidade do tendão	Um tendão espesso e firme segura melhor as suturas do que um fino ou frágil.
A infiltração gordurosa	Quando um músculo passa muito tempo sem trabalhar, parte das suas fibras é substituída por gordura. Isso aparece na ressonância e não se reverte com a cirurgia.
O tempo de evolução	Uma ruptura recente costuma ser reparada com mais facilidade do que uma de vários anos.
Sua saúde	O diabetes e o tabaco se associam a uma cicatrização mais difícil [9, 10].
O procedimento	Conforme o anterior, o reparo pode ser completo ou parcial, usar uma ou várias âncoras e incluir procedimentos no tendão do bíceps ou em outras estruturas.

O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS

O tamanho da ruptura, a retração e a infiltração gordurosa são os fatores que com mais frequência predizem se o tendão cicatriza [6, 7]. Eles são sempre avaliados em conjunto, junto com a sua idade e a sua saúde.

O que você pode esperar do resultado

A cirurgia fixa o tendão ao osso para que ele cicatrize. Com isso se busca aliviar a dor, recuperar movimento e força e proteger o ombro a longo prazo.

A dor e o sono

A dor noturna melhora de forma progressiva. Em um estudo com cerca de mil pacientes, 88 em cada 100 dormiam mal antes da cirurgia. Aos seis meses eram 37 em cada 100 e, em um ano, 22 em cada 100 [27].

O movimento e a força

A mobilidade se recupera durante os primeiros meses e a força leva mais tempo. A melhora continua até cerca de um ano depois da cirurgia [26].

A cicatrização do tendão

Depende dos fatores da página anterior. Em algumas pessoas o tendão não cicatriza por completo ou volta a se romper. Muitas delas mantêm o alívio da dor, embora com menos força [31]. Por isso o seguimento se apoia na sua dor, na sua mobilidade e na sua força.

O que depende de você

- Respeitar o imobilizador e os prazos.
- Fazer a reabilitação completa, inclusive os exercícios em casa.
- Evitar o tabaco antes e depois da cirurgia [9].
- Manter bem controladas as suas doenças, em especial o diabetes [11].

Esses números descrevem grupos de pacientes. O seu prognóstico pessoal você conversa com o seu cirurgião, que conhece a sua lesão.



PARTE 2 · SUA EQUIPE

Uma equipe por trás da sua cirurgia

Uma cirurgia do manguito rotador é um trabalho de equipe. Antes, durante e depois da operação, você é acompanhado por profissionais com tarefas diferentes e um mesmo plano.

Saber quem faz o quê permite levar cada dúvida à pessoa certa e chegar ao dia da cirurgia com tudo resolvido.

Quem é quem

O cirurgião Dr. Carlos Moreno Castillo	Define com você a indicação, realiza a cirurgia e conduz os seus retornos e os prazos da sua recuperação.
A enfermeira supervisora Pamela Yáñez	Coordena os seus exames e os trâmites com a clínica e com o seu convênio. É o seu contato direto antes e depois da cirurgia e organiza os seus curativos e retornos.
O anestesiologista Habitualmente, Dr. Vicente Béjar	Revisa os seus exames antes da cirurgia, cuida de você durante toda a operação e se ocupa do controle da dor nas primeiras horas.
Os fisioterapeutas Jorge Ocampo, Javiera Guajardo e Benjamín Olivari	Conduzem a sua reabilitação a partir da segunda semana, etapa por etapa, com o protocolo que corresponde à sua lesão.
A clínica	A equipe de admissão, do centro cirúrgico e da recuperação recebe você e cuida de você no dia da cirurgia.
Seu acompanhante	Um familiar ou amigo que recebe as orientações com você, leva você para casa e ajuda nos primeiros dias.

Como se comunicar com a equipe

- Conte tudo o que você toma: medicamentos, vitaminas e produtos naturais.
- Avise qualquer mudança na sua saúde antes da cirurgia: febre, resfriado, uma ferida ou infecção na pele, um problema dentário.
- Anote as suas dúvidas à medida que surgirem e envie pelo WhatsApp ou traga para a consulta.
- Se o seu fisioterapeuta for de outro centro, peça que ele se coordene com a nossa equipe. Médico, fisioterapeuta e paciente trabalham com o mesmo plano.

CONTATO

WhatsApp (mensagens escritas) e telefone: +56 9 6684 7103. E-mail: contacto@drmorenocastillo.com. Agendamento: drmorenocastillo.com/pt/agendar

Perguntas úteis para a sua consulta

Levar as perguntas por escrito ajuda a aproveitar a consulta. Estas são as mais úteis antes de uma cirurgia do manguito rotador.

Sobre a sua lesão

- Quais tendões estão rompidos e de que tamanho é a ruptura?
- Quanta retração e infiltração gordurosa a minha ressonância mostra?
- O que acontece se eu decidir esperar?

Sobre a cirurgia

- Que procedimento você planeja no meu caso?
- Onde vou fazer a cirurgia e quanto tempo ficarei na clínica?
- Que tipo de anestesia e de bloqueio vou receber?

Sobre a recuperação

- Por quanto tempo vou usar o imobilizador?
- Quando começo a fisioterapia e onde?
- Quando poderei dirigir, voltar ao trabalho e retomar o meu esporte?

Sobre a preparação

- Quais medicamentos devo ajustar antes da cirurgia?
- A partir de que horas devo ficar em jejum e a que horas me apresento?
- Que trâmites devo fazer com o meu convênio?

UMA DICA

Peça ao seu acompanhante que ouça as respostas com você. Duas pessoas lembram melhor do que uma, sobretudo no dia da alta.



PARTE 3 · A PREPARAÇÃO

As semanas anteriores

A preparação começa várias semanas antes. Nesse período os seus exames são concluídos, os seus medicamentos são revisados e os trâmites com a clínica e com o seu convênio são organizados.

Chegar com tudo resolvido reduz os imprevistos do dia da cirurgia e deixa você se concentrar na sua recuperação.

Exames, medicamentos e saúde

Exames

A enfermeira coordena os seus exames pré-operatórios. O anestesiologista os revisa antes da cirurgia para confirmar que você está em condições de passar pela cirurgia.

Medicamentos

Leve à consulta a lista completa do que você toma, com doses e horários. Estes grupos podem precisar de um ajuste antes da cirurgia:

- Anticoagulantes e antiagregantes, incluindo a aspirina.
- Anti-inflamatórios.
- Medicamentos para o diabetes.
- Medicamentos injetáveis ou em comprimidos para o diabetes ou para emagrecer, como a semaglutida [12].
- Vitaminas, suplementos e produtos naturais.

ORIENTAÇÃO DA SUA EQUIPE

Não suspenda nem mude nenhum medicamento por conta própria. A equipe dirá o que fazer com cada um e a partir de que dia.

Diabetes

Chegar à cirurgia com a glicemia bem controlada, e mantê-la assim depois, favorece a cicatrização do tendão [10, 11].

Tabaco

Fumar se associa a um maior risco de o tendão voltar a se romper [9]. Parar de fumar antes da cirurgia e durante a recuperação é uma das medidas que mais dependem de você.

Pele

Cuide da pele do ombro e da axila. Evite depilar a região por conta própria e avise se aparecer uma ferida, uma picada ou qualquer lesão perto da área.

Trâmites

Pamela orienta você com o termo de consentimento, a guia de internação e o Bono PAD ou os documentos do seu convênio.

Prepare a sua casa e o seu acompanhante

Durante as primeiras semanas você vai fazer quase tudo com uma mão. Deixar a casa pronta antes da cirurgia poupa esforço e dor.

- [ ] Um lugar para dormir semissentado: travesseiros empilhados, um encosto ou uma poltrona reclinável.
- [ ] Roupa folgada que se abotoe ou feche na frente.
- [ ] Comida pronta ou fácil de aquecer para os primeiros dias.
- [ ] Os objetos de uso diário na altura da cintura e do lado não operado.
- [ ] Compressas frias ou bolsas de gelo no congelador.
- [ ] Calçado sem cadarço e uma superfície antiderrapante no chuveiro.

Sua rede de apoio

- [ ] Um adulto que acompanhe você no dia da cirurgia e durante as primeiras 24 horas.
- [ ] Alguém que leve você aos curativos e retornos. Enquanto usar o imobilizador, você não pode dirigir.
- [ ] Ajuda com as compras, a cozinha e o cuidado de crianças ou animais durante as primeiras semanas.

Um ensaio antes da cirurgia

Passe um dia fazendo tudo com a mão do lado não operado: vestir-se, comer, fazer a higiene, usar o telefone. Você vai descobrir o que precisa deixar à mão e quais tarefas convém delegar.

TRABALHO E ATESTADO

Converse com o seu empregador antes da cirurgia. O tempo de afastamento depende do seu trabalho, e o seu cirurgião o define nos retornos.

O dia anterior

ORIENTAÇÃO DA SUA EQUIPE

- **Jejum.** Pelo menos 8 horas antes da cirurgia sem comer nem beber. A enfermeira confirma a partir de que horas, conforme o seu horário de centro cirúrgico.
- **Medicamentos.** Tome somente os que a equipe autorizou, com um pequeno gole de água.
- Se o anestesiologista der uma orientação diferente, siga a dele.

O jejum protege os seus pulmões durante a anestesia: com o estômago vazio diminui o risco de o seu conteúdo passar para as vias respiratórias [13, 14].

A tarde e a noite anterior

- Jante leve e dentro do horário indicado.
- Tome banho com água e sabonete. Deixe o ombro e a axila sem cremes, desodorante nem perfume.
- Retire o esmalte das unhas, as joias e os piercings.
- Deixe a bolsa pronta e confirme com o seu acompanhante o horário de saída.
- Durma o melhor que puder.

A manhã da cirurgia

- Mantenha o jejum. Se você comeu ou bebeu fora do indicado, avise a equipe antes de sair.
- Tome os seus medicamentos autorizados com um gole de água.
- Use roupa confortável e aberta na frente. Deixe em casa as lentes de contato.
- Chegue à clínica no horário indicado.

AVISE ANTES DE SAIR DE CASA

Escreva para a equipe se você acordar com febre, tosse, vômitos, uma ferida no ombro ou qualquer mal-estar novo. Às vezes convém remarcar a cirurgia, e é melhor saber antes de você chegar à clínica.

O que levar para a clínica

- ☐ Documento de identidade ou passaporte.
- ☐ Exames pré-operatórios e ressonância, com o laudo e as imagens.
- ☐ Termo de consentimento assinado.
- ☐ Bono PAD ou documentos do seu convênio.
- ☐ Lista dos seus medicamentos, com doses e horários.
- ☐ O imobilizador de ombro, se a equipe pediu que você o levasse.
- ☐ Roupa folgada com botões ou zíper na frente e calçado confortável.
- ☐ Itens básicos de higiene, caso você passe a noite na clínica.
- ☐ Telefone carregado e o carregador.
- ☐ Este guia, com as suas perguntas anotadas.

O que fica em casa

Joias, relógios, dinheiro em espécie e objetos de valor.

A chegada

Apresente-se na clínica no horário indicado pela equipe ou pela própria clínica. Esse horário é anterior ao do centro cirúrgico: a internação, a troca de roupa e a avaliação da enfermagem levam tempo.

Seu acompanhante

Venha com um adulto que possa esperar e levar você de volta. Depois da anestesia você não pode dirigir nem voltar sozinho para casa. Se você for embora no mesmo dia, essa pessoa deve ficar com você nas primeiras 24 horas.

SE A SUA CIRURGIA FOR COM BONO PAD DO FONASA

Pamela revisa com você os passos e a documentação do bono antes da internação. Mais informações em drmorenocastillo.com/pt/padfonasa



PARTE 4 · O DIA DA CIRURGIA

O dia da cirurgia, passo a passo

Nesse dia você passará por várias etapas com profissionais diferentes. Todas têm uma ordem e um propósito. Em cada uma vão perguntar o seu nome, a cirurgia e o lado a ser operado: faz parte dos controles de segurança.

Na página seguinte está o percurso completo, da admissão à alta.

O percurso completo

1. **Admissão.** Você apresenta os seus documentos e recebe um quarto ou um box de preparo.
2. **Enfermagem.** Você troca de roupa, seus sinais vitais são verificados e um acesso venoso é instalado.
3. **Confirmação.** A equipe confere com você a sua identidade, a cirurgia e o lado. O ombro a ser operado é marcado.
4. **Anestesia.** O anestesiologista conversa com você, tira as suas dúvidas e realiza o bloqueio do braço.
5. **Centro cirúrgico.** Você é posicionado como a cirurgia exige, com o corpo e o braço protegidos. O reparo dura entre 1 e 2 horas.
6. **Recuperação.** Você acorda na sala de recuperação com o imobilizador colocado e o braço adormecido pelo bloqueio. Ali controlam a sua pressão, a sua respiração e a sua dor.
7. **Quarto.** Quando você está acordado, sem náuseas e com a dor controlada, volta para o quarto. O cirurgião conversa com você e com o seu acompanhante sobre o que encontrou e o que fez.
8. **Alta.** Você vai embora no mesmo dia ou no dia seguinte, conforme o horário da sua cirurgia e como você se sentir.

PARA O SEU ACOMPANHANTE

Entre a entrada no centro cirúrgico e a volta ao quarto costumam passar várias horas. Esse tempo inclui a anestesia, a cirurgia e a recuperação. Uma espera longa é o habitual.



PARTE 4 · O DIA DA CIRURGIA

A anestesia e o bloqueio do braço

A cirurgia é feita habitualmente com anestesia geral, ou seja, dormindo, mais um bloqueio do plexo braquial.

O plexo braquial é o conjunto de nervos que dá sensibilidade e movimento ao ombro e ao braço. O anestesiologista localiza esses nervos com um aparelho de ultrassom e injeta anestésico local ao redor deles. O bloqueio ajuda a controlar a dor durante a cirurgia e nas horas seguintes.

O bloqueio: tipos, duração e cuidados

Tipos de bloqueio

O mais usado na cirurgia do ombro é o bloqueio interescalênico, realizado na base do pescoço [15, 16]. Outras técnicas atuam perto da clavícula ou sobre os nervos supraescapular e axilar. O anestesiologista escolhe a técnica e os medicamentos conforme o seu caso.

Quanto dura

O braço pode permanecer adormecido entre 8 e 24 horas, conforme o anestésico e os medicamentos que o acompanham. Nos estudos, o maior alívio da dor se concentra nas primeiras 8 horas [17] e pode se prolongar com medicamentos como a dexametasona [32]. O seu anestesiologista dirá quanto espera que o seu dure.

O que é normal enquanto dura

- O braço adormecido, pesado e sem força, às vezes até a mão.
- A voz um pouco rouca ou uma pálpebra mais caída. São efeitos transitórios do anestésico sobre nervos vizinhos e passam quando o bloqueio termina.
- Uma respiração um pouco mais superficial, que também é transitória [18]. Se você sentir dificuldade para respirar, avise imediatamente a equipe ou procure um pronto-socorro.

ENQUANTO O BRAÇO ESTÁ ADORMECIDO

- Mantenha-o dentro do imobilizador. Você não o sente e não consegue protegê-lo.
- Afaste-o do calor e do frio intenso. Espere recuperar a sensibilidade para aplicar gelo.
- Evite se apoiar ou dormir sobre esse braço.
- Tome o primeiro analgésico da sua receita no horário indicado, antes que o bloqueio termine, mesmo que ainda não sinta dor.

Quando o bloqueio termina

A sensibilidade volta de forma gradual, com formigamento. Nesse momento a dor pode aparecer com intensidade durante algumas horas. Isso é conhecido como dor de rebote, é esperado e se controla melhor quando os analgésicos já estão agindo [17, 19].



PARTE 4 · O DIA DA CIRURGIA

O que é feito dentro do seu ombro

Nossa equipe repara o manguito rotador por artroscopia. A palavra significa olhar dentro da articulação: por incisões de menos de um centímetro, chamadas portais, entram uma câmera da espessura de um lápis e os instrumentos de trabalho. O cirurgião opera olhando para uma tela.

Durante toda a cirurgia entra soro sob pressão no ombro. O soro distende a articulação e mantém a visão limpa. Por isso o seu ombro pode parecer inchado ao final e o curativo pode ficar úmido nas primeiras horas.

O reparo, passo a passo

1. **Explorar.** O artroscópio percorre a articulação e o espaço acima do manguito. Confirmam-se o tamanho e a forma da ruptura e a qualidade do tendão.
2. **Limpar e preparar.** O shaver, uma pequena lâmina que corta e aspira, retira o tecido inflamado. A radiofrequência corta e coagula com precisão. Com ambos se prepara o osso onde o tendão será fixado.
3. **Colocar as âncoras.** As âncoras são implantes pequenos que se fixam dentro do osso e trazem fios de sutura de alta resistência.
4. **Passar os fios.** Um passador de sutura atravessa o tendão com cada fio. Pinças para recuperação dos fios os trazem para fora pelos portais.
5. **Fixar o tendão.** Os fios são amarrados ou tensionados até que o tendão fique apoiado sobre o osso, no seu lugar.
6. **Tratar o que estiver associado.** Se for necessário, trata-se o tendão do bíceps ou regulariza-se o osso que roça o manguito.

A cirurgia dura em média entre 1 e 2 horas. As âncoras ficam dentro do osso e não são retiradas. As feridas são 2 a 4 incisões pequenas fechadas com pontos.

A cirurgia aberta

Alguns cirurgiões reparam o manguito com cirurgia aberta ou por meio de uma incisão pequena. Os estudos que comparam as duas técnicas mostram resultados semelhantes a médio e longo prazo [20, 21]. A artroscopia permite também revisar toda a articulação e tratar as lesões associadas por incisões pequenas.

O QUE MUDA CONFORME A SUA LESÃO

O número de âncoras, a forma de passar os fios e os procedimentos associados são decididos durante a cirurgia, ao ver o tendão. Ao terminar, o cirurgião explica o que encontrou e o que fez.

As primeiras horas e a alta

Ao terminar, você passa para a sala de recuperação e depois para o seu quarto. O bloqueio continua agindo, por isso essas horas costumam ser tranquilas.

QUANDO VOCÊ VAI PARA CASA

- Se a sua cirurgia for pela manhã, muitas vezes você pode ir embora no mesmo dia.
- Se for no fim da tarde, o habitual é passar uma noite na clínica.
- A decisão final é da equipe, conforme como você se sentir e os seus antecedentes de saúde.

Para receber alta você precisa

- Estar acordado e orientado.
- Tolerar líquidos sem náuseas.
- Ter a dor controlada.
- Contar com um adulto que acompanhe você nas primeiras 24 horas.

Você vai embora com

- O imobilizador de ombro colocado.
- Uma receita com os medicamentos para a dor e os seus horários.
- As orientações escritas da alta.
- O atestado médico, se for o caso.

O primeiro passo em casa

Você ou um familiar escrevem para Pamela Yáñez para coordenar o primeiro curativo e os retornos.

A PRIMEIRA NOITE

Avise a equipe se a dor não ceder com os medicamentos indicados, se os vômitos impedirem você de tomá-los ou se o curativo ficar muito manchado de sangue.

Procure um pronto-socorro se tiver dificuldade para respirar, dor no peito ou a mão fria, pálida ou azulada. A lista completa está na página 35.



PARTE 5 · EM CASA

Os primeiros dias em casa

As primeiras semanas em casa têm três tarefas: controlar a dor, proteger o reparo com o imobilizador e cuidar das feridas. Esta parte explica cada uma e como adaptar o seu dia a dia enquanto o ombro cicatriza.

Na imagem, um imobilizador de ombro bem colocado: o antebraço descansa no suporte, o cotovelo fica no fundo e uma faixa envolve o tronco para manter o braço junto ao corpo.

A dor em casa

O ombro dói depois desta cirurgia, sobretudo nos primeiros dias e à noite. É esperado e tem tratamento. O objetivo é que a dor seja tolerável e deixe você descansar e fazer os seus exercícios.

O que mais ajuda

- **Siga a receita pelo horário.** Nos primeiros dias, tome os analgésicos no horário indicado, sem esperar a dor ficar intensa.
- **Confie na combinação.** A receita reúne medicamentos que agem de formas diferentes. Juntos controlam melhor a dor e permitem usar menos medicamentos fortes [15].
- **Use frio local.** Uma compressa fria envolvida em um pano, 15 a 20 minutos, várias vezes ao dia, quando você já tiver recuperado a sensibilidade.
- **Acomode o braço.** O imobilizador bem ajustado e um travesseiro sob o cotovelo aliviam a tensão.
- **Movimente-se.** Caminhar dentro de casa várias vezes ao dia ajuda a sua circulação e o seu ânimo.

Efeitos dos analgésicos

Alguns causam náuseas, prisão de ventre ou sonolência. Tome líquidos, coma fibras e evite o álcool e dirigir enquanto os usar. Avise a equipe se os incômodos persistirem.

ORIENTAÇÃO DA SUA EQUIPE

Tome somente os medicamentos da sua receita, nas doses e horários indicados. Consulte a equipe antes de acrescentar outro analgésico ou um anti-inflamatório.

A dor diminui de forma gradual durante as primeiras semanas. A noite costuma ser o momento mais incômodo por um tempo, e o sono melhora mês a mês [27].

O imobilizador de ombro

Depois do reparo do manguito você precisa de um imobilizador de ombro. Ele sustenta o antebraço e, com uma faixa que envolve o tronco, mantém o braço junto ao corpo. Uma tipoia simples apenas pendura o antebraço no pescoço e deixa o ombro se mover.

ORIENTAÇÃO DA SUA EQUIPE

- Você vai usá-lo entre 2 e 3 semanas, de dia e de noite.
- Em rupturas grandes ou maciças o prazo pode chegar a 6 semanas e, quando se repara o subescapular, a cerca de 4.
- A retirada é progressiva e é indicada pelo cirurgião.

Como usar

- Ajuste-o para que o cotovelo fique apoiado no fundo e o ombro relaxado. O peso do braço descansa no imobilizador e na faixa do tronco.
- A mão fica na altura do cotovelo ou um pouco acima.
- Retire-o somente para a higiene, para se vestir e para fazer os exercícios indicados.
- Várias vezes ao dia, mova os dedos e o punho, e o cotovelo conforme o que foi indicado. Assim você evita a rigidez e o inchaço da mão. Se o tendão do bíceps foi tratado, a equipe pode limitar alguns movimentos do cotovelo por um tempo.

O que evitar

- Levantar o braço operado com a própria força.
- Carregar peso, empurrar, puxar ou se apoiar nesse braço.
- Levar a mão para trás das costas.
- Dirigir.

O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS

Os ensaios que comparam imobilizadores com e sem almofada de abdução encontram resultados semelhantes em dor, função e cicatrização [22]. O modelo e o prazo são definidos pelo cirurgião conforme o reparo.



PARTE 5 · EM CASA

Dormir nas primeiras semanas

Nas primeiras semanas costuma ser mais confortável dormir semissentado, com o encosto elevado ou em uma poltrona, e com um travesseiro sob o braço operado. Mantenha o imobilizador também à noite.

É uma recomendação de conforto. Se você encontrar outra posição sem dor e mantiver o imobilizador, também serve. O sono melhora de forma gradual, mês a mês [27].

Higiene, roupa e o dia a dia

Higiene

- Mantenha os curativos secos até a troca.
- Para lavar a axila, incline o tronco para a frente e deixe o braço pender relaxado. O braço se afasta do corpo pela gravidade, sem esforço do ombro.
- Seque-se bem antes de recolocar o imobilizador.
- Banheira, piscina e mar esperam até a equipe autorizar.

Vestir-se

- Para se vestir, primeiro o braço operado e depois o outro.
- Para se despir, primeiro o braço sadio.
- As roupas abertas na frente facilitam tudo.

Comer, escrever e usar o telefone

Com autorização da equipe, você pode usar a mão do lado operado em tarefas leves na altura da mesa, com o cotovelo apoiado e o braço dentro do imobilizador.

No dia a dia

- Caminhe todos os dias, primeiro dentro de casa e depois fora.
- Sente-se em cadeiras com encosto e apoie o braço em uma almofada.
- Peça ajuda para cozinhar, carregar sacolas e abrir frascos.

Curativos, pontos e retornos

SEU CALENDÁRIO COM A EQUIPE

Na alta	Você ou um familiar escrevem para Pamela Yáñez.
Em uma semana	Primeiro curativo.
Aos 14 dias	Retirada dos pontos.
Aos 14 dias	Início da fisioterapia.
Nos retornos	O cirurgião avalia a sua evolução e define cada mudança de etapa.

Pamela coordena os seus horários conforme a data da sua cirurgia. Guarde as mensagens dela: ali ficam as suas datas e as suas orientações.

Suas feridas

Os portais são incisões pequenas cobertas por curativos. Nos primeiros dias é normal ver o ombro inchado, um hematoma que desce para o braço ou o peito e o curativo levemente manchado.

Como cuidar delas

- Mantenha os curativos limpos e secos.
- Troque-os somente se a equipe indicou e do modo como ensinaram.
- Deixe as feridas sem cremes, álcool nem outros produtos.
- Depois da retirada dos pontos, a equipe dirá quando você pode molhar a região.

Quando escrever antes do seu curativo

Escreva para a equipe se a ferida ficar vermelha, quente ou mais inchada, se sair líquido turvo ou se aparecer febre. Uma foto da ferida ajuda a orientar a consulta.



PARTE 6 · A REABILITAÇÃO

A reabilitação, etapa por etapa

O tendão reparado precisa de tempo para se unir ao osso. Essa união ganha resistência de forma progressiva e alcança uma firmeza útil por volta dos 3 a 4 meses. A reabilitação avança no ritmo dessa cicatrização: primeiro protege, depois recupera o movimento e por fim devolve a força [23].

Nossa equipe trabalha com protocolos definidos conforme o tipo de lesão, baseados nos do Massachusetts General Hospital [30].

O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS

Os ensaios que comparam começar o movimento antes ou depois encontram resultados parecidos em dor e função [24]. Começar antes recupera a mobilidade mais rápido e reduz a rigidez [25]. Nas rupturas grandes o reparo é protegido por mais tempo [23].

As cinco etapas

Etapa 1 · Proteção Da cirurgia até perto da semana 3	Você usa o imobilizador. A partir da segunda semana o fisioterapeuta move o seu ombro sem que o músculo reparado trabalhe. Mão, punho e cotovelo se movem conforme o indicado.
Etapa 2 · Mobilidade assistida Semanas 4 a 6	Você move o ombro com a ajuda do outro braço, de um bastão ou de polias.
Etapa 3 · Mobilidade ativa Semanas 7 a 10	Você move o ombro por conta própria. Ainda sem pesos e sem fazer força com o braço operado.
Etapa 4 · Fortalecimento A partir da semana 11 ou 12	Faixas elásticas e cargas leves que aumentam de forma gradual, com autorização do cirurgião.
Etapa 5 · Retorno à atividade Entre os meses 4 e 6	Trabalho pesado e esporte, conforme a exigência de cada atividade. A força completa pode levar até um ano.

Ajustes conforme a sua lesão

- **Rupturas pequenas e médias.** Seguem o esquema geral.
- **Rupturas parciais.** Igual ou um pouco mais rápido.
- **Rupturas grandes e maciças.** Imobilizador por até 6 semanas, mobilidade ativa mais tarde, fortalecimento perto do quarto mês e esportes exigentes entre o sexto e o sétimo mês.
- **Reparo do subescapular.** A rotação externa é limitada nas primeiras semanas, o imobilizador é usado por cerca de 4 semanas e o fortalecimento começa perto da semana 8.

ORIENTAÇÃO DA SUA EQUIPE

Estes são os prazos habituais da nossa equipe. Quando a cirurgia combina vários reparos ou inclui o tendão do bíceps, o cirurgião os ajusta e informa você nos retornos.

Médico, fisioterapeuta e você: um plano

A reabilitação funciona quando as três partes trabalham alinhadas.

O cirurgião	Sabe o que foi reparado e com que firmeza. Define os prazos e autoriza cada mudança de etapa.
O fisioterapeuta	Conhece o protocolo, orienta os exercícios, mede o seu avanço e informa o cirurgião.
Você	Faz os exercícios em casa, respeita os limites de cada etapa e avisa o que sente.

Se você fizer a fisioterapia em outro centro

Entregue este guia ao seu fisioterapeuta e peça que ele se coordene com a nossa equipe. Ele precisa saber quais tendões foram reparados, que tamanho tinha a ruptura e que prazos o cirurgião indicou.

Regras que valem em todas as etapas

- Os exercícios em casa contam tanto quanto as sessões.
- Um incômodo leve durante o exercício é esperado. Uma dor intensa ou que dura horas é motivo para parar e consultar.
- Os prazos são adiantados ou adiados somente com indicação do cirurgião.
- Faça os exercícios todos os dias, mesmo que por poucos minutos.

Sinais de bom avanço

- A dor noturna diminui semana a semana.
- Cada retorno mostra um pouco mais de movimento.
- Você recupera tarefas simples: vestir-se, pentear o cabelo, alcançar um copo.

O ritmo de cada pessoa é diferente. O seu ponto de comparação é o seu próprio avanço entre um retorno e o seguinte.

Trabalho, direção e esporte

Dirigir

Você volta a dirigir quando já não usa o imobilizador, tem mobilidade e força para controlar o volante e a equipe autoriza. Dirigir com o braço imobilizado não é seguro. Também não dirija enquanto tomar medicamentos que causam sonolência.

Trabalho

- **De escritório ou com pouca exigência física.** Muitas pessoas o retomam em algumas semanas, com o braço protegido, conforme a dor e o atestado.
- **Com carga ou esforço.** Os trabalhos que exigem força, carregar peso ou usar os braços acima da cabeça são retomados habitualmente entre o quarto e o sexto mês e, em alguns casos, exigem mais tempo.

Esporte

- Caminhar, desde os primeiros dias.
- Bicicleta ergométrica e trote leve, quando o cirurgião autorizar.
- Esportes de raquete, arremesso, natação e musculação, entre o quarto e o sexto mês, de forma progressiva.
- Esportes de contato e de alta exigência, conforme a sua lesão e a sua evolução.

O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS

- A maioria das pessoas volta ao trabalho depois da cirurgia. O retorno é mais frequente nos trabalhos de menor exigência física [28].
- A maioria dos esportistas recreativos retoma o seu esporte no mesmo nível [29].
- A melhora em dor, movimento e força continua até cerca de um ano [26].

O seu período de afastamento do trabalho e os seus prazos de retorno são definidos pelo cirurgião nos retornos, conforme o seu trabalho e a sua evolução.

Quando avisar a equipe

As complicações depois desta cirurgia são pouco frequentes. Conhecer estes sinais permite agir a tempo e com tranquilidade.

ESCREVA OU LIGUE PARA A EQUIPE NO MESMO DIA SE NOTAR

- Febre acima de 38 °C.
- A ferida vermelha, quente, mais inchada ou com secreção.
- Dor que aumenta em vez de diminuir, ou que não cede com os medicamentos indicados.
- Formigamento ou dormência da mão que continua depois de terminado o bloqueio.
- Náuseas ou vômitos que impedem você de tomar os seus medicamentos.

PROCURE UM PRONTO-SOCORRO SE APRESENTAR

- Dificuldade para respirar ou dor no peito.
- A mão fria, pálida ou azulada.
- Um sangramento abundante que não para com compressão.
- Inchaço ou dor em uma panturrilha, para uma avaliação médica no mesmo dia.

Como falar conosco

WhatsApp (mensagens escritas) e telefone da equipe: +56 9 6684 7103. Descreva o que você nota, desde quando e, se for sobre a ferida, envie uma foto.

Fora do horário de atendimento, procure o pronto-socorro da clínica onde você fez a cirurgia e conte que foi operado pela nossa equipe.

O que é esperado e não exige aviso

- Inchaço do ombro e hematomas que descem para o braço ou o peito durante as primeiras semanas.
- Dor mais marcada à noite.
- Curativos levemente manchados nos primeiros dias.
- Cansaço e sono alterado nas primeiras semanas.

Perguntas frequentes

Quando poderei dormir deitado?
Quando for confortável e sem dor. Costuma acontecer de forma gradual durante as primeiras semanas.

A retirada dos pontos dói?
É um incômodo breve. As incisões são pequenas e a retirada leva poucos minutos.

Vou precisar de uma ressonância de controle?
Habitualmente não. O seguimento se apoia na sua dor, na sua mobilidade e na sua força. O cirurgião pede imagens quando a evolução justifica.

Posso fazer uma ressonância com as âncoras?
As âncoras usadas hoje são, em geral, compatíveis com a ressonância. Avise sempre o centro de imagem de que você tem implantes no ombro para que confirmem.

O que faço se cair ou fizer um movimento brusco?
Mantenha o imobilizador, aplique frio e avise a equipe no mesmo dia para definir se você precisa de uma avaliação.

Posso tomar álcool?
Evite enquanto estiver tomando analgésicos.

Quando verei o resultado final?
A maior parte da recuperação acontece nos primeiros seis meses e a melhora continua até cerca de um ano [26].

E se o manguito do outro ombro também estiver rompido?
Cada ombro é avaliado separadamente. Quando os dois precisam de cirurgia, são operados em momentos diferentes.

Onde encontro mais informações?
Em drmorenocastillo.com/pt estão as páginas de preparação, pós-operatório e perguntas frequentes, além de outros guias da equipe.

Minha cirurgia: folha para preencher

Data da cirurgia _____

Clínica _____

Horário de chegada _____

Ombro a ser operado _____

Jejum a partir das _____

Medicamentos que devo ajustar e a partir de quando _____

_____

Medicamentos que tomo na manhã da cirurgia _____

Meu acompanhante e o telefone dele _____

Depois da cirurgia

Primeiro curativo _____

Retirada dos pontos _____

Início da fisioterapia _____

Fisioterapeuta _____

Retorno com o cirurgião _____

Tempo de imobilizador indicado _____

Restrições especiais indicadas pelo meu cirurgião _____

Minhas perguntas

_____

_____

_____

_____

Listas para imprimir

A semana anterior

- ☐ Exames feitos e entregues.
- ☐ Medicamentos revisados com a equipe.
- ☐ Trâmites do convênio e consentimento assinados.
- ☐ Casa preparada e acompanhante confirmado.

A noite anterior

- ☐ Jantar leve dentro do horário indicado.
- ☐ Banho com água e sabonete.
- ☐ Sem esmalte, joias nem piercings.
- ☐ Bolsa pronta com documentos, exames e ressonância.
- ☐ Horário de saída combinado com o seu acompanhante.

A manhã da cirurgia

- ☐ Jejum cumprido.
- ☐ Medicamentos autorizados tomados com um gole de água.
- ☐ Roupa aberta na frente.
- ☐ Chegada à clínica no horário indicado.

Ao voltar para casa

- ☐ Mensagem para Pamela Yáñez para coordenar o curativo.
- ☐ Analgésicos pelo horário, começando antes de o bloqueio terminar.
- ☐ Braço sempre no imobilizador.
- ☐ Lugar para dormir semissentado pronto.
- ☐ Telefone da equipe à mão: +56 9 6684 7103.



PARTE 7 · SEGURANÇA E ENCERRAMENTO

Sobre este guia

O Dr. Carlos Moreno Castillo é ortopedista, especialista em cirurgia de ombro e cotovelo. Atende em Los Ángeles e Angol, no centro-sul do Chile, junto com a sua equipe de enfermagem, anestesia e fisioterapia.

Este guia reúne os protocolos da equipe e a evidência científica disponível em novembro de 2026. Ele traz informação geral e não substitui a consulta nem as orientações pessoais da sua equipe de tratamento.

Mais guias, artigos e agendamento: drmorenocastillo.com/pt

Primeira edição, novembro de 2026. Fotografias: arquivo do Dr. Carlos Moreno Castillo. As imagens das páginas 25 e 28 são cenas ilustrativas criadas para este guia.

Referências

1. Karjalainen TV, et al. Surgery for rotator cuff tears. Cochrane Database Syst Rev. 2019. PMID 31813166.
2. Moosmayer S, et al. Fifteen-year results of a comparative analysis of tendon repair versus physiotherapy for small-to-medium-sized rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am. 2024. PMID 39197154.
3. Kukkonen J, et al. Operative versus conservative treatment of small, nontraumatic supraspinatus tears in patients older than 55 years. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30:2455-2464. PMID 33774172.
4. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Rotator Cuff Injuries: Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 2025.
5. Hurley ET, et al. Rotator cuff tears part I: diagnosis, nonoperative management, and repair of posterosuperior tears. An international expert consensus statement. Arthroscopy. 2026. PMID 42770373.
6. Zhao J, et al. Risk factors affecting rotator cuff retear after arthroscopic repair: a meta-analysis and systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2021. PMID 34089878.
7. Darbandi A, et al. Fatty infiltration, tear size, and retraction size are significant risk factors for retear after arthroscopic rotator cuff repair. Arthroscopy. 2025. PMID 38986851.
8. Diebold G, et al. Relationship between age and rotator cuff retear: a study of 1,600 consecutive rotator cuff repairs. J Bone Joint Surg Am. 2017. PMID 28719559.
9. Fan N, et al. The effects of smoking on clinical and structural outcomes after rotator cuff repair. J Shoulder Elbow Surg. 2022. PMID 34813890.
10. Lu X, et al. The influence of diabetes mellitus on rotator cuff repair. Comb Chem High Throughput Screen. 2021. PMID 33081680.
11. Liang J, et al. Perioperative glycemic control reduces the risk of retear in diabetic patients following arthroscopic rotator cuff repair. J Orthop Sci. 2025;30:78-84. PMID 38307821.
12. Oprea AD, et al. Perioperative management of patients taking glucagon-like peptide 1 receptor agonists: SPAQI multidisciplinary consensus statement. Br J Anaesth. 2025;135:48-78. PMID 40379536.
13. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. Anesthesiology. 2017. PMID 28045707.
14. Joshi GP, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting. Anesthesiology. 2023. PMID 36629465.
15. Toma O, et al. PROSPECT guideline for rotator cuff repair surgery. Anaesthesia. 2019. PMID 31392721.
16. Hurley ET, et al. Nerve blocks for shoulder arthroscopy: a systematic review of randomized controlled trials with a network meta-analysis. Am J Sports Med. 2026. PMID 42499167.
17. Abdallah FW, et al. Will the real benefits of single-shot interscalene block please stand up? Anesth Analg. 2015;120:1114-1129. PMID 25822923.
18. Oliver-Fornies P, et al. Hemidiaphragmatic paralysis after ultrasound-guided brachial plexus blocks for shoulder surgery. J Clin Anesth. 2025. PMID 40494113.
19. Yang X, et al. Research progress of rebound pain after nerve block in arthroscopic rotator cuff repair. Front Med. 2025. PMID 41169428.
20. Carr AJ, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of open and arthroscopic rotator cuff repair (UKUFF). Health Technol Assess. 2015. PMID 26463717.
21. Plachel F, et al. A systematic review of long-term clinical and radiological outcomes of arthroscopic and open/mini-open rotator cuff repairs. Am J Sports Med. 2023. PMID 35179393.
22. Gao JH, et al. Sling versus abduction brace shoulder immobilization after arthroscopic rotator cuff repair. Orthop J Sports Med. 2023. PMID 37538535.
23. Thigpen CA, et al. The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' consensus statement on rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25:521-535. PMID 26995456.
24. Mazuquin B, et al. Effectiveness of early versus delayed rehabilitation following rotator cuff repair. PLoS One. 2021. PMID 34048450.
25. Hao B, et al. Effects of early exercise and immobilization after arthroscopic rotator cuff repair surgery. BMC Musculoskelet Disord. 2025. PMID 40082920.
26. Zuke WA, et al. Establishing maximal medical improvement after arthroscopic rotator cuff repair. Am J Sports Med. 2018. PMID 28650679.
27. Feltri P, et al. Rotator cuff repair: sleep disturbance significantly improves after arthroscopic tendon repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2025. PMID 39189149.
28. Haunschild ED, et al. Return to work after primary rotator cuff repair. Am J Sports Med. 2021. PMID 33395315.
29. Klouche S, et al. Return to sport after rotator cuff tear repair. Am J Sports Med. 2016. PMID 26316611.
30. Massachusetts General Hospital, Sports Medicine. Rehabilitation protocols for arthroscopic rotator cuff repair.
31. Russell RD, et al. Structural integrity after rotator cuff repair does not correlate with patient function and pain: a meta-analysis. J Bone Joint Surg Am. 2014;96:265-271. PMID 24553881.
32. Albrecht E, et al. Intravenous versus perineural dexamethasone to prolong analgesia after interscalene brachial plexus block. Br J Anaesth. 2024;133:135-145. PMID 38782616.