1. OBJETIVOS

- Promover a mobilidade e a remoção de secreções das vias aéreas.
- Favorecer a efetividade da tosse e da expectoração.
- Otimizar a relação ventilação/perfusão e as trocas gasosas.
- Reduzir a resistência das vias aéreas e o trabalho respiratório relacionado à retenção de secreções.
- Prevenir ou reduzir complicações relacionadas à retenção de secreções, como atelectasia e infecções respiratórias.

2. MATERIAIS

- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): luvas de procedimento, máscara cirúrgica ou N95, óculos ou protetor facial, touca e avental. Tais EPIs serão utilizadas conforme o tipo de isolamento ao qual o paciente estiver submetido, de acordo com as orientações estabelecidas no PRT.CCIRAS.003;
- Estetoscópio;
- Oxímetro de pulso;
- Lenços descartáveis e frasco para coleta de escarro, se necessário;
- Dispositivos de oxigenoterapia, se necessário;
- Aspirador, sonda de aspiração traqueal, luva estéril, água destilada e soro fisiológico, se necessário.

3. INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

A indicação, contraindicação e escolha da técnica devem considerar a condição clínica, o nível de consciência, capacidade de colaboração, presença de dispositivos invasivos, estabilidade cardiorrespiratória e resposta do paciente à intervenção.

3.1. Indicações

- Pacientes hipersecretivos com diminuição do clearance mucociliar voluntário.

- Diagnósticos de Bronquiectasia, Fibrose Cística, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Abscesso Pulmonar.
- Pacientes em ventilação mecânica ou respiração espontânea com evidências clínicas de retenção de secreções.
- Doenças neuromusculares com eficácia de tosse reduzida.
- Paciente no pós-operatório com retenção de secreções e/ou tosse ineficaz.

3.2. Contraindicações gerais

- Instabilidade hemodinâmica não controlada.
- Hemoptise ativa significativa ou não controlada.
- Insuficiência respiratória aguda com deterioração clínica ou necessidade de suporte ventilatório.
- Hipertensão intracraniana (HIC) não controlada.
- Trauma torácica ou fraturas de costelas instáveis.
- Pneumotórax não drenado.
- Dor intensa ou intolerância à técnica.
- Broncoespasmo importante ou deterioração clínica durante a intervenção.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

4.1. Manobra de Compressão e Descompressão Torácica

✓ **Definição:** Aplicação manual e sincronizada de compressão e descompressão do tórax durante o ciclo respiratório, com o objetivo de favorecer o fluxo expiratório, a mobilidade de secreções e, quando aplicável, a expansão pulmonar.

✓ **Execução:**

- Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Utilizar EPIs adequados ao atendimento do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Realizar a ausculta pulmonar;

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevado, sentado ou decúbito lateral guiado pela ausculta pulmonar e exame de imagem de tórax;
- Realizar compressão manual na região torácica acometida, exatamente no início da expiração, permanecendo durante todo o ciclo expiratório;
- Manter o movimento de compressão das mãos até o início da inspiração, quando então as mãos são retiradas abruptamente, promovendo descompressão local;
- Realizar as manobras 3 a 4 vezes em ambos os pulmões ou o pulmão em que necessita de reexpansão pulmonar, repetindo conforme necessidade e tolerância do paciente;
- Realizar ausculta pulmonar final;
- Monitorar sinais vitais;
- Retirar os EPIs e lavar as mãos;
- Registar o procedimento na evolução fisioterapêutica do paciente.

Observações:

- Pode ser realizada durante a respiração espontânea ou ventilação mecânica;
- Pode ser utilizado em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências e em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs);
- As manobras podem ser repetidas durante os ciclos respiratórios, conforme a necessidade e a tolerância do paciente.
- Contraindicações específicas: fratura de tórax e tórax instável; presença de PEEP elevadas e risco de desrecrutamento alveolar; hipotensão e baixo débito cardíaco.

4.2. Expiração Lenta com Glote Aberta (ELTGOL)

✓ **Definição:** Técnica ativa-assistida de expiração realizada de forma lenta a partir da Capacidade Residual Funcional (CRF) estendendo-se até o Volume Residual (VR).

✓ **Execução:**

- Realizar a higienização das mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Utilizar EPIs adequados ao atendimento do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e ao acompanhante;
- Explicar o procedimento e o objetivo da técnica ao paciente e ao acompanhante;

- Posicionar o paciente em decúbito infra lateral, ou seja, com a posição a ser tratada em contato com a superfície de apoio, estando o membro superior infralateral flexionado;
- Já em decúbito lateral, orientar, demonstrar e ensinar o paciente a relaxar, realizando respirações lentas, a partir da capacidade residual funcional (CRF) até o volume residual (VR), com a glote aberta;
- O fisioterapeuta deve situar-se posteriormente ao paciente, e posicionar um membro superior na região anterior do paciente, com a mão espalmada e apoiada na maca/cama, e com o antebraço em contato com a região abdominal infraumbilical. A mão superior do terapeuta, deve ficar posicionada espalmada no gradil costal inferior supralateral;
- Orientar para que o paciente realize uma inspiração nasal em nível de volume corrente (VC) e realize uma expiração oral lenta e progressiva em nível de volume residual (VR) com a glote totalmente aberta (utilizar o bocal, se necessário);
- Enquanto o paciente expira de forma lenta, a mão superior do fisioterapeuta deve exercer uma pressão de contra apoio (para baixo ou para dentro), enquanto o seu antebraço gera uma pressão abdominal para dentro e para cima, favorecendo a desinsuflação do pulmão infralateral, conforme demonstrado na Figura 1.
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica do paciente.

Figura 1 - Posicionamento durante a realização da técnica de ELTGOL



Fonte: https://www.passeidireto.com/arquivo/46267483/tecnicas-de-desobstrucao-e-reexpansao

Observações:

- O uso de bocal é opcional, mas pode ser uma estratégia facilitatória para pacientes com dificuldade em manter a glote aberta;
- É indicada para pacientes conscientes, orientados, cooperativos e hipersecretivos; onde as manobras forçadas predispõem constrições ou colapsos proximais, fato que prejudica a eliminação de secreções;
- Contraindicações específicas: Obstrução cavitária e abcessos; contraindicação relativa: bronquiectasia avançada;
- Pode ser utilizado em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências e em UTIs;

4.3. Drenagem Autógena (DA)

✓ **Definição:** Técnica de respiração controlada executada em diferentes volumes pulmonares para deslocar a secreção do pulmão profundo em direção às vias aéreas centrais.

✓ **Execução:**

- Realizar a higienização das mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Utilizar EPIs adequados ao atendimento do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e ao acompanhante, explicando-lhes o procedimento;
- Posicionar o paciente sentado ou em posição de drenagem postural, com as costas retas e as mãos colocadas sobre as porções superior esquerda e direta do tórax, para perceber a mobilização das secreções ou ainda, uma sobre o tórax e a outra sobre o abdômen, de forma a auxiliar no autocontrole do exercício, que depende do
- *Feedback* sensorial e auditivo observado à medida que ocorre a desobstrução brônquica;
- Paciente:

a) **Primeira fase - deslocamento das secreções:** realizar ventilações repetidas abaixo do volume corrente (VC), ou seja, respirações diafragmáticas curtas e tranquilas;

b) **Segunda fase – coleta das secreções:** realizar respirações a volume médio, abaixo do volume de reserva inspiratório (VRI);

c) **Terceira fase – eliminação das secreções distais:** realizar inspiração nasal em altos volumes pulmonares, recrutando o VC e VRI;

- As três fases da DA devem ser repetidas várias vezes até que a secreção chegue às vias aéreas proximais; em seguida, deve-se realizar uma técnica de expiração forçada (TEF) de forma a eliminar as secreções deslocadas e coletadas;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica do paciente.

Observações:

- A DA é caracterizada como um método de controle da respiração, que mobiliza secreções sem provocar a compressão dinâmica das vias aéreas;
- É considerada uma técnica de autorremoção de secreções brônquicas por meio de ventilações a diferentes volumes pulmonares. Estas alterações de volume e fluxo aéreo, associadas com expirações lentas e ativas, promovem oscilações brônquicas e a mobilização de secreções das vias áreas distais para as centrais;
- Por ser uma técnica ativa, a DA requer treinamento e colaboração do paciente, a fim de que possa ser realizada de modo independente;
- É preciso um tempo para os pacientes aprenderem a ter capacidade de percepção de sua ventilação pulmonar, bem como capacidade de controlar os volumes pulmonares e fluxos respiratórios, pois para que a DA seja efetiva, faz se necessário que o paciente domine a técnica, esteja colaborativo, concentrado e motivado, fato que pode ser auxiliado com um bom *feedback* do fisioterapeuta;
- Pode ser utilizado em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências e em UTIs;
- O paciente pode ser encorajado a realizar a técnica de forma independente em sua rotina diária, conforme a necessidade;
- O uso da DA em pacientes com Fibrose Cística, apresenta um bom nível de evidência na remoção das secreções pulmonares e nas trocas gasosas;
- Deve ser utilizada de forma personalizada considerando idade, capacidade cognitiva, capacidade de aprendizagem, colaboração e condições clínicas.

4.4. Técnica de Expiração Forçada (Huffing/TEF)

✓ **Definição:** Técnica de expiração forçada realizada com a glote aberta, utilizada para mobilizar secreções das vias aéreas periféricas ou proximais, conforme o volume pulmonar utilizados, podendo ser associada ao controle da respiração e à tosse.

✓ **Execução:**

- Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Utilizar EPIs adequados ao atendimento do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e ao acompanhante, explicando-lhes o procedimento;
- Explicar o procedimento e o objetivo da técnica ao paciente e ao acompanhante;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, sentado ou semi-sentado;
- Realizar a ausculta pulmonar antes da realização do procedimento para identificar possíveis ruídos adventícios;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Realizar inicialmente exercícios respiratórios diafragmáticos, seguidos de uma ou duas expirações forçadas com a glote aberta (huffing) a partir de médio volume pulmonar inspiratório, até o volume residual, contraindo os músculos do tórax e do abdômen para aumentar o fluxo expiratório;
- Utilizar o *"Huff"* de baixo volume pulmonar tende a favorecer a mobilização de secreções periféricas, e o de alto volume pulmonar tende a remover o muco localizado em vias aéreas superiores.
- Respeitar uma pausa entre os *"Huffs"* de forma a prevenir um possível aumento na obstrução ao fluxo aéreo;
- Expectorar as secreções brônquicas mobilizadas para as vias aéreas superiores;
- Repetir o processo até que se obtenha limpeza brônquica suficiente;
- Realizar ausculta pulmonar final;
- Monitorar sinais vitais;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Registrar o atendimento na avaliação/evolução do paciente.

Observações:

- A técnica de expiração forçada (TEF) ou "Huffing" promove menor alteração da pressão pleural e menor probabilidade de colapso bronquiolar.
- Esta técnica promove tosse com expectoração resultando na eliminação de secreção;
- O fisioterapeuta deve avaliar a habilidade cognitiva do paciente e iniciar o treinamento da TEF, o mais precoce possível;

- Estimular o paciente a realizar a técnica de forma independente, utilizando-a em sua rotina diária se necessário;
- Pode ser utilizado em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências e nas UTIs;
- A técnica de expiração forçada (TEF) pode ser associada a outras técnicas de desobstrução pulmonar, na intenção de potencializar o efeito de remoção das secreções;

4.5. Tosse Manualmente Assistida

✓ **Definição:** Aplicação direcionada de pressão manual externa estruturada para elevar o pico de fluxo expiratório de forma artificial.

✓ **Execução:**

- Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Utilizar EPIs adequados ao atendimento do paciente;
- Fazer a ausculta pulmonar antes do procedimento, para identificar possíveis ruídos adventícios pulmonares;

1. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
2. Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevando a cabeceira entre 30-45º ou solicitar que o paciente fique sentado;
3. Posicionar as mãos sobre o tórax, abdômen ou na região toracoabdominal do paciente;
4. Solicitar ao paciente realizar uma inspiração profunda, seguida de uma breve apneia e logo em seguida realizar fluxo expiratório abrupto (tosse), que será assistida pelo fisioterapeuta, apoiando ou comprimindo o tórax e/ou abdômen, na tentativa de aumentar a pressão e tornar a tosse mais eficaz;
5. Retirar os EPIs;
6. Lavar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
7. Registrar procedimento na evolução fisioterapêutica do paciente.

Observações:

- Alterações em qualquer uma das fases da tosse pode diminuir a sua eficácia. Ex: disfunção bulbar, incompetência no fechamento da glote e a inabilidade para abrir a glote rapidamente podem gerar uma redução do seu pico do fluxo. A redução da

força da tosse pode estar relacionada também com a fraqueza da musculatura inspiratória e/ou expiratória;

- Não realizar compressão vigorosa sobre áreas de trauma, drenos, feridas cirúrgicas ou dispositivos.
- Pode ser utilizado em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências e em Unidades de Terapia Intensiva.

4.6. Tosse Dirigida

✓ **Definição:** Manobra de execução voluntária e controlada com o objetivo de mimetizar com máxima eficácia o reflexo natural da tosse.

✓ **Execução:**

- Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Utilizar equipamentos de proteção individual;
- Fazer a ausculta pulmonar antes do procedimento, para identificar possíveis ruídos adventícios pulmonares e avaliar sinais clínicos de retenção de secreção em vias aéreas que podem incluir: queda de saturação parcial de oxigênio, desconforto respiratório, tentativa de expectoração sem sucesso;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente. A técnica requer nível de consciência e capacidade de compreensão e colaboração compatíveis com sua execução.
- Posicionar o paciente sentado, preferencialmente apoiando os pés para intensificar o suporte toracoabdominal. Caso posicionar o paciente em decúbito dorsal elevar a cabeceira de 30° a 45° com uma ligeira flexão do joelho e apoio dos pés no colchão;
- Solicitar ao paciente realizar uma inspiração profunda, depois uma breve apneia seguida da realização de fluxo expiratório abrupto (tosse);
- Retirar os EPIs;
- Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
- Registrar procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica do paciente.

Observações:

- Pode ser utilizado em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências e em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

4. MONITORIZAÇÃO E CUIDADOS

- Monitorar Saturação periférica de oxigênio (SpO2), a frequência cardíaca (FC) e a frequência respiratória (FR) e sinais clínicos antes, durante e após o procedimento, conforme condições clínicas e risco do paciente. Em pacientes instáveis ou sob suporte ventilatório, realizar monitorização continua conforme indicação clínica.
- Realizar ausculta pulmonar minuciosa pré e pós-atendimento para avaliar e registrar em prontuário a conduta aplicada e a eficácia do clearance mucociliar.
- Interromper ou modificar a intervenção diante de queda clinicamente significativa de SpO2 em relação ao basal, hipoxemia, dispneia importante, dor torácica, alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica, arritmia ou qualquer sinal de deterioração clínica.

5. REFERÊNCIAS

ALIBERTI, S. et al. European Respiratory Society clinical practive guideline for the management of adult bronchiectasis. **European Respiratory Journal**, v. 66, p. 1-34, 2025.

ARCURI, J. F. et al. Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients—a systematic review. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 74, 2016.

BARBIRATO, A. D. Atualidades da reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 2448, p. 0959, 2019.

BELLONE, A. et al. Chest physical therapy in patients with acute exacerbation of chronic bronchitis: Effectiveness of three methods. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, n. 5, p. 558-560, 2000.

CHO, P. S. P.; TURNER, R. D. Cough and Pain: More Similar Than at First Glance. **Chest**, v. 159, n. 3, 2021. *(Nota: Dados de página incompletos no original).*

CONTAL, O. et al. Guidelines for the management of airway mucus secretion by airway clearance Techniques. Rev Mal Respir., v. 41, n. 7, p. 512-37, set. 2024.
DUPREZ F, et al. Update on manual bronchial clearance Techniques (adults ande adolescentes). Revue des Maladies Respiratoires, v. 41, n. 1, p. 43-50, jan. 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Unidade de Reabilitação. POP: Fisioterapia Hospitalar no Paciente Adulto - Condutas para Reabilitação Respiratória. In: **Boletim de Serviço de 18/01/2016**. Campo Grande, MS, 2016.

FRANÇA, E. et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: Recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (ASSOBRAFIR). **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 6-22, fev. 2012.

FREITAS, F. S.; PARREIRA, V. F.; IBIAPINA, C. C. Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse: uma revisão de literatura. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 495-502, jul./set. 2010.

FROWNFELTER, D.; DEAN, E. **Fisioterapia Cardiopulmonar: Princípios e Práticas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

GONÇALVES, R. M. et al. Aplicação e eficácia da técnica de expiração forçada nas doenças respiratórias. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, p. 86-91, 2013.

HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Ministério da Educação. EBSERH. **PRT.CCIRAS.001 – Higiene de Mãos**. 12. versão. Publicado no Boletim de Serviço nº 625 de 09/09/2025, Resolução nº 133 de 04/09/2025. Dourados, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/prt-cciras-001-higiene-de-maos.pdf. Acesso em: 27 ago. 2026.

HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Ministério da Educação. EBSERH. **PRT.CCIRAS.003 – Isolamento e precauções baseados na transmissão.** 11. versão. Publicado no Boletim de Serviço nº 695 de 16/04/2026, Resolução nº 49 de 16/04/2026. Dourados, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/copy2_of_PRT.CCIRAS.003._Isolamentos_e_precaucoes_baseados_na_transmissao._v.11.pdf. Acesso em: 27 ago. 2026.

MALKOC, M.; KARADIBAK, D.; YILDIRIM, Y. et al. The effect of physiotherapy on ventilatory dependency and the length of stay in an intensive care unit. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 32, n. 1, p. 85–88, 2009.

MENDES, F. V.; SILVA, H. E.; KLAMT, A. P. Análise das terminologias em Fisioterapia Respiratória utilizadas pelos fisioterapeutas atuantes nas áreas hospitalares na cidade de Joinville/SC. **Revista Inspirar Movimento e Saúde**, abr./jun. 2020.

MORRISON, L.; INNES, S. Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, n. 5, CD006842, maio 2017. doi: 10.1002/14651858.CD006842.pub4.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004. *(Nota: Ajustado para o ano de 2004 e edição correspondente conforme seus dados finais).*

PORTELA, A. C. R. V.; OLIVEIRA, A. E.; MACÊDO, J. L. C. Avaliação do uso de ventilação não invasiva em pacientes com fibrose cística: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 26212-26224, 2021.

POSTIAUX, G. **Fisioterapia respiratória pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar**. São Paulo: Artmed, 2000.

RAMOS, E. M. C. et al. Técnicas de remoção de secreções brônquicas. In: MARTINS, J. A.; KARSTEN, M.; DAL CORSO, S. (org.). **PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória**: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. v. 3, p. 87-119.

REYCHLER, G.; AUDAG, N.; PRIEUR, G.; PONCIN, W.; CONTALM, O. Guidelines for the management of airway mucus secretion by airway clearance Techniques. Revue des Maladies Respiratoires, v. 41, n. 7, p. 512-37, setembro 2024.

RIBEIRO, M. A. G. et al. Técnicas de Remoção de Secreção das Vias Aéreas. **ASSOBRAFIR Ciência**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 61-98, maio 2019.

SARMENTO, George Jerre Vieira; CORDEIRO, André Luiz Lisboa; BORGES, Daniel Lago (org.). **Fisioterapia respiratória no paciente crítico**: rotinas clínicas. 5. ed. Barueri: Manole, 2025.

SPINOU, Arietta. A Review on Cough Augmentation Techniques: Assisted Inspiration, Assisted Expiration and Their Combination. **Physiological Research**, v. 69, n. 1, p. S93-S103, 2020.

VANELLI, R. P. B. et al. Bases Fisiológicas das Técnicas Manuais a Fluxo e a Volume. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA; MARTINS, J. A.; SCHIVINSKI, C. I. S.; RIBEIRO, S. N. S. (org.). **PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal**. Porto Alegre: Artmed, 2018. v. 3, p. 93-125.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DAS ALTERAÇÕES
01	2021	Elaboração dos POPs UMULTI: 023 – Tosse manualmente assistida; 024 – Tosse dirigida; 064 – Exercício respiratório: técnica de expiração forçada (*Huffing*); 065 – Manobra de compressão e descompressão torácia; 066 – Desobstrução brônquica – expiração lenta com a glote aberta (ELTGOL); e 067 – Técnica de desobstrução brônquica: drenagam autógena).
02	2024	Revisão e atualização dos POP´s com pequenos ajustes.
03	02/09/2026	Junção dos 06 documentos em um único POP. Revisão dos conteúdos com pequenos ajustes.

Elaboração Maisa de Carvalho Francisco – Fisioterapeuta da Clínica Médica	Data: 2021
Revisão **2ª Versão**: Lucas dos Anjos Rossoni – Fisioterapeuta da UTIA Angela Cristina de Lima – Fisioterapeuta da UTIA Maisa de Carvalho Francisco – Fisioterapeuta da Clínica Médica Carolina Ruiz Benito – Fisioterapeuta da Clínica Cirúrgica **3ª Versão**: Ive Garcia Dutra – Fisioterapeuta da Clínica Médica Maisa de Carvalho Francisco – Fisioterapeuta da Clínica Médica Raquel Bressan de Souza – Fisioterapeuta da Clínica Médica	Data: 2024 Data: 02/09/2026
Análise Geiseane Aguiar Gonçalves Sobral – Responsável Técnica da Fisioterapia	Data: 22/09/2026
Validação Fuad Fayez Mahmoud – Setor de Gestão de Qualidade	Data: 05/10/2026
Aprovação Érika Leite Ferraz Libório – Chefe da UMULTI Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 23/09/2026 Data: 26/10/2026

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.015119/2026-71

Publicação: Portaria nº 111, de 26 de outubro de 2026 – Boletim de Serviço nº 753 de 05 de novembro de 2026.