

POP

HC-UFTM/HU BRASIL

FISIOTERAPIA HOSPITALAR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ABDOMINAL NO PACIENTE ADULTO

Versão: 3 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Adriana Tresso, Unidade Multiprofissional

Ariana de Melo Tosta, Unidade Multiprofissional

Cíntia Aparecida Garcia Meneguci, Unidade Multiprofissional

Veridiana Mariano Soares, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE E REVISÃO DOCUMENTAL INTERNA

Miriam Pereira Cruvinel, Unidade Multiprofissional

Veridiana Mariano Soares, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 7/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.041

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados. © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade Multiprofissional (UMULTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) a assistência ao paciente adulto internado no pré e pós-operatório de cirurgia abdominal.

2. GLOSSÁRIO

Bilevel - Dois níveis de pressão nas vias aéreas
CPAP – Pressão positiva contínua nas vias aéreas
CPT – Capacidade Pulmonar Total
CRF – Capacidade Residual Funcional
EPAP - Pressão positiva expiratória
HC-UFTM – Hospital de clínicas da Universidade do Triângulo Mineiro
PEEP - pressão positiva expiratória final
POP – Procedimento Operacional Padrão
UR – Unidade de Reabilitação
VAA - Via aérea artificial
VM - Ventilação Mecânica

3. APLICAÇÃO

Em todos os pacientes com idade igual ou superior a dezoito anos internados no HC-UFTM, submetidos ao pré e pós-operatório de cirurgia abdominal.

4. INTRODUÇÃO

- **Laparotomia:** significa a abertura cirúrgica da cavidade abdominal. As laparotomias têm como finalidades:
 - ✓ Via de acesso a órgãos abdominais em operação eletiva;
 - ✓ Via de drenagem de coleções líquidas;
 - ✓ Método diagnóstico – laparotomias exploradoras.
- **Incisões mais frequentes:**
 - ✓ Verticais: são incisões usadas sobre a linha média, não sangram em abundância, pois são praticadas através do tecido fibroso, porém, sua cicatrização é mais lenta por não haver boa vascularização;
 - ✓ Oblíquas: são aquelas praticadas por baixo das costelas e podem ser usadas no flanco direito para as cirurgias de colestectomia ou pelo flanco esquerdo para as cirurgias de esplenectomia. A incisão de McBurney é comumente usada nas apendicectomias;
 - ✓ Transversais: usadas com menor frequência, pois não promovem um bom acesso para visualização do campo cirúrgico, sendo de boa cicatrização.
- **Cirurgias de andar superior de abdômen:**
 - ✓ A musculatura diafragmática e as costelas estarão comprometidas, pois o paciente poderá apresentar uma respiração dolorosa, levando a hipoventilação e consequentemente a complicações de troca gasosa e de mecânica ventilatória. A elevação e abdução dos braços do lado da incisão cirúrgica podem ser dolorosas nas incisões laterais ou oblíquas, podendo o paciente apresentar movimentos dolorosos de flexão e rotação do lado oposto tendendo, por conseguinte sentar-se com postura de flexão lateral e com concavidade para o lado da ferida operatória;



- ✓ As cirurgias abdominais altas, como também são conhecidas, estão geralmente associadas à disfunção diafragmática, a qual se caracteriza por reduções de volumes e capacidades pulmonares, o que propicia o aparecimento de complicações pulmonares pós-operatórias;
- ✓ As cirurgias de tórax e abdômen superior são as grandes responsáveis pelas complicações pulmonares. Estima-se que haja uma redução de 50% a 60% da capacidade vital e de 30% da capacidade residual funcional (CRF), causadas por disfunção do diafragma, dor pós-operatória e colapso alveolar;
- **Cirurgias de andar inferior de abdômen:**
- ✓ O paciente pode apresentar dor e impotência aos movimentos precoce do quadril e joelhos, pois os músculos abdominais (principalmente o reto abdominal) atuam como fixadores do quadril;
- **Complicações no pós-operatório das cirurgias abdominais:**
- ✓ Os procedimentos cirúrgicos abdominais promovem desarranjos que atingem seu pico no primeiro dia de pós-operatório, momento em que o sistema respiratório se torna mais vulnerável a complicações pulmonares pós-operatórias e as mais intensas alterações ventilatórias;
- ✓ As complicações mais comuns encontradas no pós-operatório são aquelas onde os indivíduos desenvolvem padrão restritivo de disfunção pulmonar relacionado à atelectasia e à diminuição do movimento do diafragma;
- **Podem existir também outras complicações, tais como:**
- ✓ Insuficiência respiratória;
- ✓ Hemorragias;
- ✓ Alterações circulatórias dos membros inferiores;
- ✓ Alterações posturais;
- ✓ Debilidade residual dos músculos abdominais se a incisão for extensa ou a cicatrização for lenta.

4.1 Fisioterapia

A fisioterapia atua no tratamento de distúrbios pulmonares agudos ou crônicos. Possui indicação preventiva de complicações respiratórias, principalmente em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos abdominais.

Objetivos gerais:

- ✓ Garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao paciente;
- ✓ Reabilitar o paciente, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas;
- ✓ Avaliar, de forma global, por meio de atuação interdisciplinar, as necessidades do paciente, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente;
- ✓ Acompanhar o paciente em situação de dependência, especialmente, quando se tratar de um paciente com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe a sua ida para o domicílio;

Objetivos específicos:



- ✓ Melhorar endurance e força dos músculos respiratórios no pré-operatório;
- ✓ Manter as vias aéreas pérvias e a ventilação pulmonar, favorecendo a eliminação de secreções;
- ✓ Expandir áreas atelectasiadas, reduzir o *shunt* e melhorar a complacência pulmonar;
- ✓ Monitorizar e otimizar a ventilação mecânica (VM) e a administração de oxigênio;
- ✓ Evitar complicações da VM e diminuir o tempo de intubação;
- ✓ Evitar deformidades e contraturas;
- ✓ Melhorar e/ou manter a função motora;
- ✓ Posicionar o paciente adequadamente no leito.

A avaliação dos diversos aspectos relacionados à funcionalidade deve ser realizada o mais precocemente possível, com intuito de elaborar o diagnóstico e, assim, determinar as condutas fisioterapêuticas adequadas, melhorando os desfechos funcionais e prevenindo as complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.

Alguns instrumentos para a avaliação funcional dos pacientes são: neurológica, respiratória (manovacuômetro), musculoesquelética (escore MRC - *Medical Research Council*) e dinamômetro) e funcionalidade (escalas e testes funcionais).

5. CONDOTA FISIOTERAPÊUTICA

A fisioterapia no pré-operatório tem como objetivos principais conhecer e avaliar o paciente, além de orientá-lo e prepará-lo para procedimento cirúrgico, promovendo a boa higiene brônquica e a otimização da função pulmonar.

A avaliação inicial compreende na inspeção, palpação e percussão. O fisioterapeuta avalia o paciente funcionalmente através de medidas espirométricas (capacidade vital forçada, volume expiratório forçado no primeiro segundo, a relação volume expiratório forçado no primeiro segundo e capacidade vital forçada e o pico de fluxo expiratório) e por medidas das pressões inspiratórias e expiratórias máximas através do manovacuômetro, tendo como finalidade principal a análise de risco de complicações no período pós-operatório.

A fisioterapia respiratória pré-operatória, utilizando a técnica do treinamento muscular inspiratório em pacientes que serão submetidos à cirurgia, é capaz de reduzir o risco de complicações pulmonares, pois melhora a força e o endurance dos músculos respiratórios. Assim, o benefício obtido pela diminuição das complicações pulmonares de maior impacto sustenta a indicação de treinamento muscular inspiratório no pré-operatório de cirurgias.

A eficácia da fisioterapia respiratória durante o período pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias abdominais altas inclui a reversão de atelectasias e a melhora na saturação de oxigênio. Além disso, se realizada de maneira profilática, a fisioterapia respiratória também parece reduzir a incidência de pneumonia em pacientes de alto risco submetidos a cirurgias abdominais altas.

A mobilização precoce possui inúmeros benefícios físicos e psicológicos em pacientes submetidos a cirurgia de grande porte que estão no período pós-operatório, além disso, é considerada uma terapia de baixo custo, fácil aplicação, índices baixos de efeitos adversos e eficiência quando se trata de retorno funcional do indivíduo. Portanto, deve ser aplicada o mais breve para que o paciente alcance a estabilização das alterações fisiológicas, visto que a ideia de repouso prologando na maca é ultrapassada além dos malefícios funcionais que ocorrem a curto prazo (Castro; Corrêa, 2022).

Mobilização Precoce é uma técnica amplamente utilizada após a cirurgia abdominal oncológica, devendo ser iniciada assim que o paciente estiver estável e autorizado pelo cirurgião. Trata-se de uma técnica importante para prevenir complicações como trombose venosa profunda (TVP) e atelectasia pulmonar. Isso envolve movimentar os membros inferiores, sentar-se na cama e, gradualmente, caminhar conforme a tolerância. No tópico subsequente serão trazidos maiores apontamentos a respeito da mobilização precoce (Castro; Corrêa, 2022).

O foco de atuação do fisioterapeuta é eleito de acordo com as limitações do paciente, podendo ser realizado, conforme itens apresentados a seguir.

5.1 Treinamento muscular respiratório no pré-operatório

O treinamento dos músculos respiratórios pode ser realizado através de um sistema de molas ou orifícios ofertado por dispositivos que impõe uma carga resistiva contra a inspiração. Em relação ao Threshold, o treino pode ser iniciado com carga de 15 a 30% da pressão inspiratória máxima e evoluir para 60 a 70% de acordo com o objetivo de treinamento. A duração pode variar entre 15 e 30 minutos ou realizar séries de 20-30 respirações, com uma frequência de duas vezes ao dia, durante 5 a 7 dias por semana. Deve ser preconizado um período de treinamento entre 8 a 12 semanas.

Hunag Y.T. e col, em um ensaio clínico randomizado com 28 pacientes submetidos à cirurgia abdominal superior, sendo dividido em 2 grupos, um grupo controle e um grupo recebeu o treinamento muscular inspiratório (TMI) durante 3 semanas no pré-operatório e continuado por 4 semanas após a cirurgia. Os resultados desse estudo revelaram que o TMI proporcionou efeitos positivos, aumentando a força muscular respiratória e reduzindo as complicações pulmonares (CPP).

O Powerbreathe® é um treinador muscular inspiratório (TMI), indicado para aumentar força e resistência dos músculos inspiratórios. O Powerbreathe® é uma modalidade que supera a resistência contra os músculos responsáveis para a expansão torácica.

5.2 Técnicas manuais desobstrutivas

- Compressão torácica: consiste na compressão dos arcos costais durante a fase expiratória;
- Tosse assistida: consiste na realização do ato tussígeno, com assistência manual do fisioterapeuta no esterno ou abdome, na tentativa de aumentar a pressão e tornar a tosse mais eficaz;
- Técnica de expiração forçada (*huffing*): faz-se expirações forçadas a partir de médio volume inspiratório e com a glote aberta, aumentando assim o fluxo expiratório e favorecendo a tosse;
- Oscilação oral de alta frequência: Flutter, Shaker (dispositivos em forma de cachimbo que durante a expiração geram oscilações pela presença de uma esfera de aço em seu interior, que combinam a ação da pressão positiva nas vias aéreas - PEEP, facilitando a eliminação de secreção); Acapella - deve-se ajustar a resistência girando no sentido anti-horário (mínima) até o sentido horário (máxima), conforme tolerância do paciente. O paciente é instruído a inspirar lenta e profundamente, com volumes pulmonares entre a CRF e a capacidade pulmonar total (CPT), e a expiração realizada à CRF.

- **EPAP (Pressão positiva expiratória):** A EPAP é uma técnica que consiste na aplicação de pressão positiva somente durante a fase expiratória do ciclo respiratório. Esta pressão positiva é produzida por dispositivos que geram resistência ao fluxo expiratório, como válvulas *spring-loaded*, que podem estar conectados a máscaras, bocais ou diretamente à via aérea artificial (VAA) dos pacientes. A PEEP produzida promove aumento dos volumes pulmonares e recrutamento alveolar.
- **Aspiração traqueal:** é um componente complementar da terapia de higiene brônquica, sendo realizada via nasotraqueal, no caso de pacientes sem VAA; ou endotraqueal, no caso de pacientes intubados ou traqueostomizados.

5.3 Técnicas expansivas

- **Espirômetro de incentivo:** de acordo com a literatura, os exercícios respiratórios, também conhecidos como exercícios de inspiração profunda e a espirometria de incentivo, estão indicados para pacientes com risco de complicações pulmonares decorrente da hipoventilação. A espirometria de incentivo utiliza a sustentação máxima inspiratória para atingir altos volumes pulmonares e necessita de dispositivos que, através de um *feedback* visual, estimulam os pacientes a atingirem os fluxos ou volumes determinados.
- **Exercícios respiratórios:** a inspiração fracionada consiste em realizar inspirações nasais sucessivas e curtas, com uma pausa (apneia) após cada inspiração curta, até atingir a CPT, e a seguir, uma expiração bucal. Tem-se também a inspiração sustentada máxima, em que o paciente é orientado a realizar uma inspiração profunda até a capacidade inspiratória máxima, seguida de uma pausa inspiratória, e em seguida, a expiração bucal. Estes exercícios podem ser associados à elevação dos membros superiores.
- **Fernandes et al. (2022),** avaliaram, por meio de um ensaio clínico randomizado envolvendo 34 pacientes, o efeito da associação da técnica de *breath stacking* associada à fisioterapia de rotina sobre função pulmonar, volumes pulmonares, pressões respiratórias máximas, sinais vitais, oxigenação periférica, mobilidade toracoabdominal e dor na incisão cirúrgica em pacientes submetidos à cirurgia superior. Os resultados indicaram que a *breath stacking* demonstrou segurança e eficácia na recuperação da função pulmonar; melhora dos volumes pulmonares, das pressões respiratórias máximas e da oxigenação periférica; e redução do trabalho respiratório no pós-operatório de cirurgia abdominal alta.

5.4 VM não invasiva

- A pressão positiva continua nas vias aéreas (CPAP) é obtida com gerador de fluxo podendo ser utilizada em pacientes em ventilação espontânea com e sem VAA e consiste na aplicação de um nível de PEEP associada a um fluxo inspiratório nas vias aéreas. Os benefícios do uso da CPAP estão largamente descritos na literatura e estão diretamente relacionados ao aumento da pressão alveolar e da CRF. Estes benefícios, conseqüentemente, determinam recrutamento de alvéolos previamente colapsados.
- O Bilevel é um modo de ventilação não invasiva que tem como característica a utilização de dois níveis de pressão positiva, que são aplicadas na fase inspiratória e expiratória, gerando aumento do volume pulmonar. A pressão aplicada durante a fase inspiratória é sempre maior que a expiratória, permitindo que, mesmo com mínima ou nenhuma colaboração do paciente, ocorra aumento da pressão transpulmonar. Na atualidade, o Bilevel e a CPAP são recursos utilizados para expansão pulmonar, contudo o Bilevel deve ser o recurso de primeira escolha

devido à vantagem de fornecer dois níveis de pressão separadamente. A CPAP não é capaz de aumentar a ventilação alveolar, motivo pelo qual, na presença de hipercapnia, é dada preferência ao uso da ventilação não invasiva com dois níveis de pressão. O ideal é manter o Bilevel, com pressões mais baixas (EPAP < 8 e pressão positiva inspiratória < 15).

É importante ressaltar que o uso da VM não invasiva não deve ser o único tratamento utilizado para melhores desfechos clínicos, mas sim parte de uma estratégia global que inclui mobilização precoce e exercícios.

5.5 Demais condutas:

- Prevenção de posturas viciosas ou deformidades torácicas;
- Cinesioterapia respiratória;
- Monitorização dos parâmetros de VM;
- Desmame da VM e extubação;
- Monitorização e desmame dos sistemas de administração de oxigênio;
- Monitorização das pressões do balonete (manguito preenchido por ar localizado ao redor do tubo de traqueostomia ou do tubo/cânula orotraqueal que se encaixa no interior da traquéia, moldando a mesma);
- Auxílio à equipe nas situações de urgência;
- Cinesioterapia global: Mobilização articular passiva, ativo-assistida, ativa ou resistida, alongamento muscular, prevenindo assim processos tromboembólicos;
- Mudanças de decúbito, transferências, treinos funcionais, incentivo ao decúbito sentado e à deambulação precoce, prevenindo assim os efeitos da imobilidade no leito, otimizando a capacidade de trabalho e a independência funcional;
- Realização de treinamentos e orientações complementares ao tratamento para pacientes, familiares e cuidadores, quando esses estão presentes, para que estímulos adequados sejam dados ao longo do dia, e não somente durante as sessões de fisioterapia.
- Será realizada a higienização das mãos antes e após a execução das técnicas descritas, bem como a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual (EPIs), conforme indicação assistencial, a fim de assegurar a segurança do paciente e do profissional.



6. REFERÊNCIAS

AGUIAR A.C.S.; MORAIS F.D.; CORREIA D.R.; BARBOSA H.C.F.; GLÉRIA P.D.M.; FERNANDES V.C.C. Análise da atuação fisioterapêutica em relação à força muscular respiratória em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Movimenta*. 2009; 2(2): 54-8.

AGOSTINI P. et al. Comparison of recognition tools for postoperative pulmonary complications following thoracotomy. *Physiotherapy*, 97 (2011) 278–283.

AGOSTINI P.; SINGH. S. Incentive spirometry following thoracic surgery: what should we be doing? *Physiotherapy* 95 (2009) 76–82.

BORGES MGB, BORGES DL, RIBEIRO MO, CARDOSO RAM. Fisioterapia no pós-operatório imediato de cirurgias toracoabdominais. In: PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 11-47, v.4.

CASTRO, I. S.; CORRÊA, K. de. S. A mobilização precoce está associada à melhor funcionalidade no pós-operatório de cirurgias abdominais? *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR. Umuarama*. v. 26, n. 3, p. 748-763, 2022.

Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

FERNANDES, D. L. et al. Efeitos da técnica de breath stacking após cirurgia abdominal alta: ensaio clínico randomizado. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 48, n. 1, e2021028, 2022.

HUANG YT, LIN YJ, HUNG CH, CHENG HC, YANG HL, KUO YL, CHU PN, TSAI YF, TSAI KL. The fully engaged inspiratory muscle training reduces postoperative pulmonary complications rate and increased respiratory muscle function in patients with upper abdominal surgery: a randomized controlled trial. *Ann Med*. 2022; 54(1): 2222-2232.

LUNARDI AC, RESENDE JM, CERRI OM, CARVALHO CRF. Efeito da continuidade da fisioterapia respiratória até a alta hospitalar na incidência de complicações pulmonares após esofagectomia por câncer. *Fisioterapia Pesquisa*. 2008; 15(1): 72-7.

MACHADO, M.G.R. Bases da fisioterapia respiratória- Terapia Intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 200.363-376 p. Ucbweb. Castelo Branco. br, prof. Guilherme Alves, acesso 22 de outubro de 2015.

NUNES A.V. et al. Efeitos agudos dos exercícios respiratórios, Threshold PEP™ e Powerbreathe® em pacientes com derrame pleural, no pós-procedimento de drenagem torácica. *Rev Med Minas Gerais* 2022; 32: e-32105.

ORMAN J. and ESTERDAHL E. W. Chest physiotherapy with positive expiratory pressure breathing after abdominal and thoracic surgery: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand* 2010; 54: 261–267.



Rocha MRS, Souza S, Costa CM, Merino DFB, Montebelo MIL, Rasera-Júnior I, et al. Airway positive pressure vs. exercises with inspiratory loading focused on pulmonary and respiratory muscular functions in the postoperative period of bariatric surgery. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2018;31(2) [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

7. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	3/2/2016	Elaboração do documento
2	6/1/2020	Revisado e acrescentado o parágrafo da atuação da fisioterapia no item “Fisioterapia”. Alterada a numeração do documento para atender ao novo modelo oficial de Procedimento Operacional Padrão (POP), padronização pela Ebserh
3	7/7/2026	Realizada atualizações no texto e de referências bibliográficas. Alterado o modelo do documento

8. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 18/12/2025 Adriana Tresso, Ariana de Melo Tosta, Cíntia Aparecida Garcia Meneguci e Veridiana Mariano Soares, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI) Análise e revisão documental interna – data: 18/12/2025 Miriam Pereira Cruvinel, assistente administrativo da UMULTI Veridiana Mariano Soares, fisioterapeuta da UMULTI Análise – data: 23/12/2025 e 23/6/2026 Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI Validação técnica – data: 13/2/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente Aprovação – data: 23/6/2026 Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado Validação – data: 7/7/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental
Elaboração da versão 2 – data: 6/1/2020 Ariana de Melo Tosta, fisioterapeuta da Unidade de Reabilitação Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação Aprovação Marina Casteli Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Elaboração da versão 1 – data: 3/2/2016 Ariana de Melo Tosta, fisioterapeuta da Unidade de Reabilitação Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento Validação Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação Juverson Alves Terra Junior, chefe do Setor de Apoio Terapêutico Aprovação Colegiado Executivo