

POP

HC-UFTM/HU BRASIL

FISIOTERAPIA AMBULATORIAL NA REABILITAÇÃO DO MANGUITO ROTADOR

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

Alessandra da Cunha, Unidade Multiprofissional
Ana Carolina Ribeiro Terra, Unidade Multiprofissional
Cláudia dos Santos Borges, Unidade Multiprofissional
Fernanda Fraga Miziara, Unidade Multiprofissional
Izabella Barberato Silva Antonelli, Unidade Multiprofissional
Marcia Carolina Franco, Unidade Multiprofissional
Patrícia Aparecida de Castro Silva, Unidade Multiprofissional
Taciana Freitas Agreli, Unidade Multiprofissional
Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

AVALIAÇÃO INTERNA

Renata de Melo Batista, 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: 8/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.042

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*



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade Multiprofissional (UMULTI) a assistência no Centro de Reabilitação “Dr. Fausto Cunha de Oliveira” do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) aos pacientes com ruptura do manguito rotador, a fim de buscar excelência na prestação dos serviços em saúde, uniformizando condutas e, assim, melhorar o atendimento e minimizar os erros.

2. APLICAÇÃO

Serviço de fisioterapia em ortopedia, traumatologia e desportos do Centro de Reabilitação do HC-UFTM.

3. GLOSSÁRIO

ADM - amplitude de movimento

ADMA - amplitude de movimento ativa

AVDs - atividades de vida diária *Baseline* - início do tratamento

DD - decúbito dorsal

Follow up - acompanhamento após a alta

HC - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

MR - Manguito rotador

Over Head - maior demanda

POP – Procedimento Operacional Padrão RE - rotação externa

RI - rotação interna

UMULTI - Unidade multiprofissional

4. INFORMAÇÕES GERAIS

A dor no ombro é terceira causa mais comum de dor musculoesquelética e afeta cerca de 7 a 26% dos adultos. A incidência média é de 29 para 1000 pessoas/ano, com uma prevalência maior em mulheres (46% a 56%) do que em homens (31% a 40%) e em indivíduos com mais de 45 anos. A síndrome da dor subacromial representa de 44% a 65% de todas as condições do ombro (MCBETH; JONES, 2007; GREVING et. al., 2012).

O efeito compressivo exercido pelo manguito rotador é relativamente independente da posição em que se encontra na articulação, embora nos movimentos de deslizamento e translação sua função se alterne (SALTZMAN et. al., 2017; HOUCK et. al., 2017). Pode-se classificar a ruptura do manguito rotador em:

- ✓ Estágio I - edema e hemorragia, ocorre geralmente em indivíduos com idade abaixo dos 25 anos;
- ✓ Estágio II - fibrose e tendinite, ocorre no geral em pessoas de 25 a 40 anos;
- ✓ Estágio III - degeneração grave e rupturas, ocorre comumente em pessoas de 40 anos ou mais (NEER, 1995; FUKUDA, 2003).

A etiologia pode ser dividida em fatores intrínsecos e extrínsecos (LASHGARI, YAMAGUCHI, 2002; FUKUDA, 2003).

Dentre os fatores intrínsecos tem-se:

- Relacionados com alterações fisiológicas das estruturas do espaço subacromial;
- Fraqueza muscular;
- Uso excessivo;
- Hipovascularização tendínea.



Hospital de Clínicas



Dentre os fatores extrínsecos – traumática, tem-se:

- Relacionados com o impacto mecânico nas estruturas do arco coracoacromial;
- Impacto com o processo coracoide;
- Impacto subacromial primário;
- Instabilidade glenoumeral.

As manifestações das várias formas clínicas do manguito são:

- Dor espontânea na região ântero-lateral do ombro e face lateral do braço (maioria dos pacientes se queixa de dor noturna e dificuldade ou incapacidade de deitar-se sobre o lado afetado);
- Arco doloroso de 70º a 120º;
- Fraqueza muscular;
- Crepitação a rotação passiva do ombro;
- Limitação funcional;
- Alteração da biomecânica do ritmo escápulo-umeral;
- Alterações posturais (MORREY, ITOI, 1998, ALPERT, JOBE, 2000).

A percepção de dor é multifatorial, com variações de indivíduo para indivíduo. Tais variações podem estar relacionadas: às experiências individuais, à exposição de risco, ao contexto socioeconômico, aos aspectos comportamentais, aos emocionais, fatores genéticos e culturais, a cinesiofobia, a crenças de medo e evitação e a catastrofização da dor. Estes aspectos comportamentais já foram avaliados em indivíduos com dor crônica no ombro e mostram alguma influência na função dos membros superiores desses indivíduos no pré e pós-operatório (RIBEIRO, 2023; FRYER, 2017; BORSTAD, WOESTE, 2015).

O fortalecimento muscular dos músculos do manguito rotador são chave para estabilizar a cabeça do úmero na cavidade glenoide e manter função articular. Os músculos de ação conjunta na estabilização articular durante a elevação braço, como músculos deltoide auxiliam no processo para evitar translação superior excessiva da cabeça do úmero (KUHN et al., 2013; KOZONO et al., 2018; SÜRÜCÜ et al., 2022).

4.1 Tratamento e objetivos específicos da fisioterapia

O tratamento da síndrome do impacto deve ser iniciado de forma conservadora, baseando-se no alívio dos sintomas, repouso relativo, modificação de atividades, ganho funcional e fortalecimento dos estabilizadores da escápula, deltoide e manguito rotador (MR), liberação miofascial do deltoide e trapézio fibras superiores, exercícios para fortalecimento dos músculos do manguito rotador e estabilizadores da escápula (adutores escapulares e serrátil anterior), priorizando as contrações isotônicas excêntricas. Os exercícios de fortalecimento dos músculos estabilizadores da escápula devolvem a simetria da escápula, reduzindo a discinesia escapular. As orientações de exercício domiciliares são de extrema importância (OLIVEIRA et. al., 2019).

Cabe ainda ressaltar que os resultados de incapacidade estão associados a catastrofização da dor, já, baixos índices de incapacidade e dor no ombro estão relacionados a expectativa de recuperação completa com a fisioterapia tendo autoeficácia e prognósticos positivos para dor no ombro (STRUYF et al., 2016). Um alto nível de dor e incapacidade no *baseline* (início do tratamento) está associado ao alto nível de dor e incapacidade no *follow up* (acompanhamento após alta) após 6 meses. Isso pode ser modificado como mencionado anteriormente pela autoeficácia e expectativa de melhora (CHESTER et. al., 2019).

5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Segundo revisão sistemática de Edwards et al. (2017) as fases iniciais no processo de reabilitação no pós-operatório do manguito rotador devem incluir exercícios de menor ativação muscular do músculo supraespinhoso uma vez que é um dos mais acometidos. O nível de atividade muscular, juntamente com o plano de movimento e a carga cíclica, devem ser elementos de intensa atenção para evitar tensão excessiva no reparo e dificultar a cicatrização do tecido. O trabalho propõe um contínuo de exercícios específicos de reabilitação de ombros que podem ser prescritos para melhora progressiva do movimento, da força e da função dos membros superiores após o reparo do manguito rotador.

a) Pequenas rupturas

As duas primeiras semanas constituem a fase de proteção.

- Para dor e edema: recursos físicos conforme quadro clínico do paciente;
- Exercícios de amplitude de movimento ativa (ADMA) de coluna cervical, cotovelo, punho e mão.

Intervenção fisioterapêutica FASE I (2-6 semanas)

- No período inicial é importante o uso de tipoia para evitar esforços com o membro superior operado;
- No caso de lesões menores que 3 cm é possível realizar a mobilização precoce nessa fase, com possibilidade de exercício passivo até 90° de elevação, exercício passivo até 30° de rotação externa;
- Lesões médias e grandes do manguito, a mobilização de ombro inicia-se tardiamente, ou seja, após 4 a 6 semanas;
- A partir da quarta semana: posicionar o ombro em 45° de abdução, aumentando o grau de exigência para ganho da RE (rotação externa);
- Dependendo da laceração do manguito rotador os exercícios de recuperação da RI (rotação interna) poderão ser iniciados progressivamente na quarta semana;
- Orientações para não carregar pesos, não dormir sobre membro superior operado, mantê-lo na linha da cintura e evitar esforços para elevá-lo;
- Exercícios pendulares (*Codman*);
- Exercícios ativo-assistidos de flexão de ombro em decúbito dorsal (DD) com auxílio de bastão;
- Exercícios ativo-assistidos para RE são iniciados após 3 semanas (realizados em DD com um coxim sob o braço e ligeira abdução de ombro a 30°, reduzindo estresse sobre o reparo);
- Os exercícios para ganho de ADM – amplitude de movimento (flexão, extensão, abdução, adução relativa) devem ser realizados em amplitude indolor aumentando gradualmente até o limite de tolerância, para isso pode-se utilizar uma polia, bastão.

Intervenção fisioterapêutica FASE II- (6 A 12 semanas)

- Objetiva-se atingir a amplitude de movimentos plena e indolor por meio de alongamentos e exercícios de força muscular da articulação do ombro que permita o desenvolvimento de atividades funcionais com mínimo de desconforto;
- A partir da sexta semana, em média, se houver um adequado controle de dor e ADM funcional (aproximadamente 140° de flexão e 40° de RE de ombro) iniciar exercícios de

fortalecimento com faixa ou tubo elástico, com o membro superior em posição neutra (ao lado do corpo), especialmente para rotadores externos e internos;

- Para dor e edema recursos físicos, conforme quadro clínico do paciente;
- Exercícios de fortalecimento acima da linha do ombro desde que o manguito rotador esteja suficientemente forte e haja adequada ADM;
- Exercícios isotônicos com halteres (flexão de ombro, abdução de ombro);
- Exercícios ativo-assistidos com bastão devem ser intensificados para atingir 170-180° de flexão de ombro e pelo menos 60-70° de RE.
- Exercícios isométricos para músculos do ombro e músculos da escapulotorácica devem ser introduzidos no protocolo de reabilitação a partir da quarta semana, para manutenção da condição muscular, de forma submáxima e indolor, para os grupos musculares responsáveis pela abdução, RE, RI e flexão de ombro, e flexão de cotovelo.

Intervenção fisioterapêutica FASE III (acima de 12 semanas)

- Busca-se a manutenção da ADM plena e indolor do ombro, cotovelo, punho e mão;
- Melhorar força muscular e equilíbrio neuromuscular (ombro, cotovelo, punho e mão) permitindo o retorno às atividades funcionais (Os exercícios resistidos devem ser feitos em plano reto, diagonais funcionais do *Kabat* com auxílio de halteres e faixas elásticas);
- Exercícios de cadeia cinética fechada (exemplo apoio contra parede);
- Treinamento sensorio motor (na posição de quatro apoios colocar uma bola nas mãos, depois evoluir para uma bola em cada mão, em pé frente a uma parede e com uma bola na mão, entre outros).

Programa de exercício domiciliar bem estruturado FUNDAMENTAL

- acompanhar o paciente, à distância e ambulatorial;
- orientar o paciente sobre a recuperação, abordando suas expectativas e anseios;
- aumentar progressivamente a carga;
- Apresentar critérios claros de progressão (da carga, dos exercícios e metas).
- Estimular retorno as atividades, pois, mesmo com restrições o paciente precisa adaptar-se às AVDs (atividades de vida diária) e a fisioterapia para manter estímulo contínuo do ombro (OLIVEIRA et. al., 2012; SALTZMAN et. al., 2017; HOUCK et. al., 2017; Nerr II; 1995; KISNER, COLBY, 2015; CHRISTIANSEN ET. AL., 2015).

b) Grandes rupturas ou rupturas maciças

Em rupturas do manguito rotador com grandes lacerações ou rupturas maciças, há maior taxa de re-ruptura se houver mobilização precoce. Nesses casos protocolos mais conservadores (com mobilização mais tardia) apresentam menos complicações. Deve-se orientar o paciente sob a proteção do reparo cirúrgico e crioterapia domiciliar, visando redução da dor, edema e espasmo muscular e diminuição da resposta inflamatória 10 a 14 dias após cirurgia.

Após a retirada da imobilização e liberação médica, deve-se restabelecer ADM, de 4 a 6 semanas: ganho de ADM para elevação, abdução e RE. A RE inicialmente deve-se limitar a 30° e progredir o volume de exercícios e a dose, a elevação realizada passivamente pelo profissional, no plano escapular, até o limite de 130°-140°.



Hospital de Clínicas



Durante as seis primeiras semanas não se deve realizar a RI, hiperextensão e polias, a fim de evitar uma re-ruptura. Após 6 a 8 semanas deve-se ganhar ADM de RI e adução horizontal. A partir desta fase pode-se iniciar os exercícios isométricos como já descrito anteriormente.

Na oitava semana deve-se buscar ADM total de ombro, devendo esta ser atingida até 12ª semana. O fortalecimento muscular deve ser direcionado para os músculos deltoide (sem ultrapassar ângulos de 90°), supraespinhal, rotadores internos e externos, flexores e extensores do cotovelo e músculos escapulares.

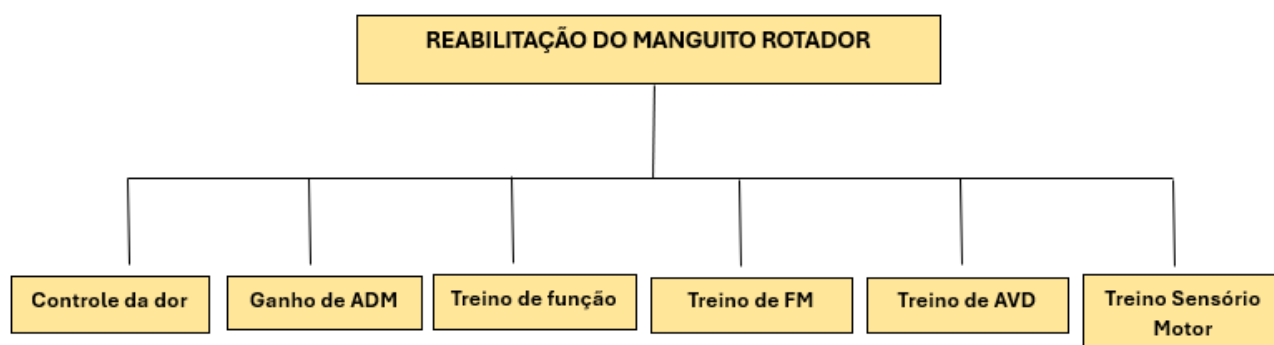
É importante verificar ao realizar o movimento de flexão de ombro, se o paciente não realiza mecanismos compensatórios escapulotorácicos. Caso isso ocorrer é necessário mantê-los por mais tempo nos exercícios de estabilização antes de progredir com exercícios isotônicos.

Aproximadamente de 12 a 20 semanas, se o paciente tiver ADM dentro do limite normal com dor mínima objetiva-se normalizar a resistência e força muscular e controle sensório motor do complexo articular do ombro e estímulo ao auto manejo. Deve-se realizar o aumento progressivo de carga e volume, inserir exercícios em cadeia cinética fechada estimulando forças de co- contração, exercícios avançados e funcionais – retorno ao trabalho e ao esporte.

Como critérios de alta: déficit de força menor do que 20% (menor do que 10% para atletas), treinamento funcional/específico da atividade individual sem sintomas o tempo de reabilitação depende da lesão: rupturas pequenas de 4 a 6 meses; médias de 6 a 8 meses; grandes e maciças de 8 a 12 meses.

Alguns pacientes continuam melhorando após 1 ano. Tempo médio de retorno ao esporte: 8.3meses, 60% retornam ao nível pré-lesão e 48% para atletas que necessitam de maior demanda (BORDIN; PEREIRA; ZILMER, 2005; OLIVEIRA et. al., 2012; CHRISTIANSEN ET AL., 2015; REUTER et. al., 2016; HOUCK et. al., 2017).

6. FLUXOGRAMA



7. REFERÊNCIAS

ALPERT S.W., JOBE F.W., MCMAHON P.J., et al: EMG analysis of deltoid and rotator cuff function under varying loads and speeds. **J Shoulder Elbow** 99: 47-58, 2000.

BORDIN, F.R.; PEREIRA, K.; ZILMER, V.D. Ruptura do Manguito Rotador. IN: LECH, O. et al. Membro Superior – **Abordagem Fisioterapêutica das Patologias Ortopédicas mais Comuns**. 1ª edição. RJ: Editora Revinter, 2005, p.111-121.

BORSTAD J, WOESTE C. The role of sensitization in musculoskeletal shoulder pain. **Brazilian J Phys Ther**. 2015;19(4):251-256. doi:10.1590/bjpt-rbf.2014.0100

CHESTER R, KHONDOKER M, SHEPSTONE L, LEWIS JS, JEROSCH-HEROLD C. Self-efficacy and risk of persistent shoulder pain: results of a Classification and Regression Tree (CART) analysis. **Br J Sports Med**. 2019 Jul;53(13):825-834. doi: 10.1136/bjsports-2018-099450. Epub 2019 Jan 9. PMID: 30626599.

CHRISTIANSEN, D. H; FALLA, D.; FROST, P.; FRICH, LL.; SVENDSEN, S. W. **Physiotherapy after subacromial decompression surgery: development of a standardised exercise intervention. Physiotherapy**. Volume 101, Issue 4, December 2015, Pages 327-339.

EDWARDS PK, EBERT JR, LITTLEWOOD C, ACKLAND T, WANG A. A Systematic Review of Electromyography Studies in Normal Shoulders to Inform Postoperative Rehabilitation Following Rotator Cuff Repair. **J Orthop Sport Phys Ther**. 2017;47(12):931-944. doi:10.2519/jospt.2017.7271

FRYER G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach. **Int J Osteopath Med**. 2017; 26:36-43. doi: 10.1016/j.ijosm acesso em 26/12/2023.

FUKUDA H.: The management of partial-thickness tears of the rotator cuff. **J Bone Joint Surg [Br]** 85: 3- 11, 2003.

GREVING K, DORRESTIJN O, WINTERS JC, GROENHOF F, VAN DER MEER K, STEVENS M, DIERCKS RL.

Incidence, prevalence, and consultation rates of shoulder complaints in general practice. **Scand J Rheumatol**. 2012 Mar;41(2):150-5. doi: 10.3109/03009742.2011.605390. Epub 2011 Sep 21. PMID: 21936616.

HOUCK DA, KRAEUTLER MJ, SCHUETTE HB, MCCARTY EC, BRAVMAN JT. **Early Versus Delayed Motion After Rotator Cuff Repair: A Systematic Review of Overlapping Meta-analyses**. **Am J Sports Med**. 2017 Oct;45(12):2911-2915. doi: 10.1177/0363546517692543. Epub 2017 Mar 13. PMID: 28288280.

KISNER, CAROLYN; COLBY LYNN ALLEN. **Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas**. 6. Ed. São Paulo: Manole, 2015.



Hospital de Clínicas



KOZONO N, OKADA T, TAKEUCHI N, et al. In vivo dynamic acromiohumeral distance in shoulders with rotator cuff tears. Clin Biomech. 2018; 60:95-99. doi: 10.1016/J.CLINBIOMECH.2018.07.017

KUHN JE, DUNN WR, AN Q, et al. Effectiveness of Physical Therapy in Treating Atraumatic Full Thickness Rotator Cuff Tears. A Multicenter Prospective Cohort Study. J Shoulder Elb Surg. 2013;22(10):1371-1379

LASHGARI C.J., YAMAGUCHI K.: "Natural history and nonsurgical treatment of rotator cuff disorders". In: Norris T.R.: **Orthopaedic knowledge update**. Illinois: AAOS Shoulder and Elbow, p. 155-162, 2002.

MCBETH AND JONES. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology** 2007; 21 (3):403-425-31.

MORREY B.F., ITOI E., AN K.N.: "Biomechanics of the shoulder". In: Rock-wood C.A., Matsen F.A.: The shoulder. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, p. 233-276, 1998.

NEER C.S.: Shoulder Reconstruction. Philadelphia, W.B. Saunders, p. 1-39, 1990.

OLIVIERA. VAN DER MEIJDEN, MD1 PAUL WESTGARD, PT2 ZACHARY CHANDLER, PT3 TREVOR R. GASKILL, MD4 DIRK KOKMEYER, PT3,5 PETER J. MILLETT, MD1,4. **REHABILITATION AFTER ARTHROSCOPIC ROTATOR CUFF REPAIR: CURRENT CONCEPTS REVIEW AND EVIDENCE BASED GUIDELINES**. The International Journal of Sports Physical Therapy, Volume 7, Number 2, April 2012, Page 197.

OLIVEIRA, M.M.; CAVALCANTE, M.G.N.; SOUZA, J.D.M.; OLIVEIRA, J.H.S.; OLIVEIRA, C.E.S. ALMEIDA, M.R.M. **Síndrome do impacto subacromial: quais testes específicos para diagnosticá-lo e os exercícios terapêuticos no tratamento baseado em evidências baseado em evidências científicas**. Mostra de Fisioterapia da Unicatólica, INSS-2526-4915, 2019.

RIBEIRO, L. P. **Ruptura do Manguito Rotador: tratamento baseado em exercícios, avaliação de ensaios clínicos na literatura e apresentação clínica no pós-cirúrgico**. 2023. Tese (Doutorado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17517> acesso em 26/12/2023.

REUTER, S.; IMHOFF, AB; MARTETSchLÄGER. **Impact of rotator cuff surgery on postoperative sporting activity**. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 20 Oct 2016, 58(4):480-488 DOI: [10.23736/s0022-4707.16.06559-2](https://doi.org/10.23736/s0022-4707.16.06559-2) PMID: 27763580

SALTZMAN BM, ZUKE WA, GO B, MASCARENHAS R, VERMA NN, COLE BJ, ROMEO AA, FORSYTHE B. **Does early motion lead to a higher failure rate or better outcomes after arthroscopic rotator cuff repair?** A systematic review of overlapping meta-analyses. J Shoulder Elbow Surg. 2017 Sep;26(9):1681-1691. doi: 10.1016/j.jse.2017.04.004. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28619382.



Hospital de Clínicas



STRUYF, P; GERAETS, J.; NOTEN, S; MEEUS, M; NIJS, J. A **Multivariable Prediction Model for the Chronification of Non-traumatic Shoulder Pain: A Systematic Review**. Struyf et al. Pain Physician 2016; 19:1-10.

SÜRÜCÜ S, AYDIN M, ÇAPKIN S, KARAHASANOGLU R, YALÇIN M, ATLIHAN D. Evaluation of bilateral acromiohumeral distance on magnetic resonance imaging and radiography in patients with unilateral rotator cuff tears. Arch Orthop Trauma Surg. 2022;142(1):175-180. doi:10.1007/s00402-021-04026-4.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	24/1/2022	Elaboração da versão inicial.
2	17/4/2024	Procedimento Operacional Padrão (POP) revisado. Foram acrescentados dois parágrafos no item 4 - Informações Gerais e um parágrafo no item 5 - Descrição dos Procedimentos.
3	8/7/2026	Formatação no novo modelo, fluxograma e alteração do termo Treinamento proprioceptivo para Treinamento sensório motor (mais atual).

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 19/3/2026

Alessandra da Cunha, Ana Carolina Ribeiro Terra, Cláudia dos Santos Borges, Fernanda Fraga Miziara, Izabella Barberato Silva, Marcia Carolina Franco Antonelli, Patrícia Aparecida de Castro Silva, Taciana Freitas Agrelli e Renata de Melo Batista, profissionais da Unidade Multiprofissional (UMULTI)

Avaliação interna – data: 19/3/2026

Renata de Melo Batista, fisioterapeuta da UMULTI

Análise – 13/4/2026

Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI

Aprovação – data: 7/5/2026

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Validação técnica – data: 29/6/2026

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

Registro, validação de forma e revisão – data: 8/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 - data: 17/4/2024

Alessandra da Cunha, Ana Carolina Ribeiro Terra, Cláudia dos Santos Borges, Fernanda Fraga Miziara e Patrícia Aparecida de Castro Silva, fisioterapeutas

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

Validação

Luana Pereira Cunha Barbosa, chefe da UMULTI substituta e Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP

Aprovação

Fernando de Freitas Neves, chefe da DGC substituto

Elaboração da versão 1 - data: 24/01/2022

Alessandra da Cunha, Ana Carolina Ribeiro Terra, Cláudia dos Santos Borges e Fernanda Fraga Miziara, fisioterapeutas

Revisão interna

Renata de Melo Batista, fisioterapeuta

Registro, análise e revisão

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da UPLAG e Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

Validação

Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI

Aprovação

Marina Casteli Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico