

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
|  | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | Número: 17 |
| | | Edição: 01 |
| Área: Serviço de Fisioterapia | | Página: 1/6 |
| Assunto: Drenagem Autógena | | Vigência: 15/09/2018 |

ÍNDICE

1. OBJETIVO
2. ABRANGÊNCIA
3. RESPONSABILIDADE
4. DEFINIÇÃO
5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTO
6. FLUXOGRAMA
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

| <i>Edição</i> | <i>Alteração</i> |
|---------------|---|
| 01 | Emissão inicial do documento em 15/09/2018. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | | |
|--|------------|---|------------|
| Elaborado por: Liliane da Costa Morais Fisioterapeuta | 15/09/2018 | Aprovado por: Dra Maria Ignez Zanetti Feltrim Diretora Técnica | 15/09/2018 |
| Revisado por: Dra. Emilia Nozawa Fisioterapeuta Chefe | | | |

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
|  | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | Número: 17 |
| | | Edição: 01 |
| Área: Serviço de Fisioterapia | | Página: 2/6 |
| Assunto: Drenagem Autógena | | Vigência: 15/09/2018 |

1. OBJETIVO

- 1.1 Capacitar o profissional fisioterapeuta na realização da técnica de remoção de secreção brônquica drenagem autógena.

2. ABRANGÊNCIA

- 2.1 Orientar o profissional quanto a realização da drenagem autógena.

3. RESPONSABILIDADE

- 3.1 Avaliar a realização de forma correta da técnica de remoção de secreção brônquica.

4. DEFINIÇÃO

- 4.1 Drenagem autógena é uma técnica de remoção de secreção brônquica ativa que visa o controle da respiração que mobiliza secreções de diferentes gerações brônquicas, por meio da maior variação possível do fluxo expiratório, sem provocar a compressão dinâmica das vias aéreas.

5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

A drenagem autógena (DA) geralmente é realizada com o paciente sentado, ereto, relaxado, com a cabeça posicionada em neutro e as mãos podem ou não apoiar o tórax superior para auxiliar a desinsuflação pulmonar durante as etapas da técnica. A DA é feita em frenolabial ou usando um bocal e deve seguir as seguintes fases:

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
|  | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | Número: 17 |
| | | Edição: 01 |
| Área: Serviço de Fisioterapia | | Página: 3/6 |
| Assunto: Drenagem Autógena | | Vigência: 15/09/2018 |

1. FASE DE DESLOCAMENTO (FIGURA 1):

- ✓ Inicia-se com uma expiração oral lenta e forçada, recrutando-se percentuais do volume de reserva expiratório (VRE);
- ✓ Inspiração a baixo volume, recrutando-se percentuais do volume corrente (VC).
- ✓ Pausa pós inspiratória de dois a três segundos;
- ✓ Expiração oral lenta recrutando-se percentuais do VRE.



Figura 1: Expiração oral pequeno volume

2. FASE DE COLETA (FIGURA 2):

- ✓ Inspiração nasal a médio volume, ou seja, com variações progressivas, recrutando-se percentuais maiores de VC;
- ✓ Pausa pós inspiratória de dois a três segundos;
- ✓ Expiração oral lenta recrutando-se percentuais do VRE.



Figura 2: Expiração oral médio volume

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
|  | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | Número: 17 |
| | | Edição: 01 |
| Área: Serviço de Fisioterapia | | Página: 4/6 |
| Assunto: Drenagem Autógena | | Vigência: 15/09/2018 |

3. FASE DE ELIMINAÇÃO (FIGURA 3):

- ✓ Inspiração nasal a alto volume, recrutando-se o VC e percentuais do volume de reserva inspiratória (VRI);
- ✓ Pausa pós inspiratória de dois a três segundos;
- ✓ Expiração oral em nível de VC;
- ✓ Por último, realização da técnica de expiração forçada a altos volumes (*huffing*).



Figura 3: Expiração oral alto volume seguido de huffing

A DA baseia-se na comparação da curva-fluxo obtida nos testes de função pulmonar durante a expiração lenta prolongada e a expiração forçada. A partir da capacidade pulmonar total (CPT), o fluxo alcançado durante a expiração lenta e prolongada, para volumes expiratórios equivalentes, é maior que o fluxo produzido durante uma expiração forçada com velocidade alta, o que permite o deslocamento de secreções das diferentes gerações brônquicas a cada expiração. Então, para atingir os objetivos citados, é necessário a utilização da variação do volume pulmonar em três níveis (Figura 4):

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
|  | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | Número: 17 |
| | | Edição: 01 |
| Área: Serviço de Fisioterapia | | Página: 5/6 |
| Assunto: Drenagem Autógena | | Vigência: 15/09/2018 |

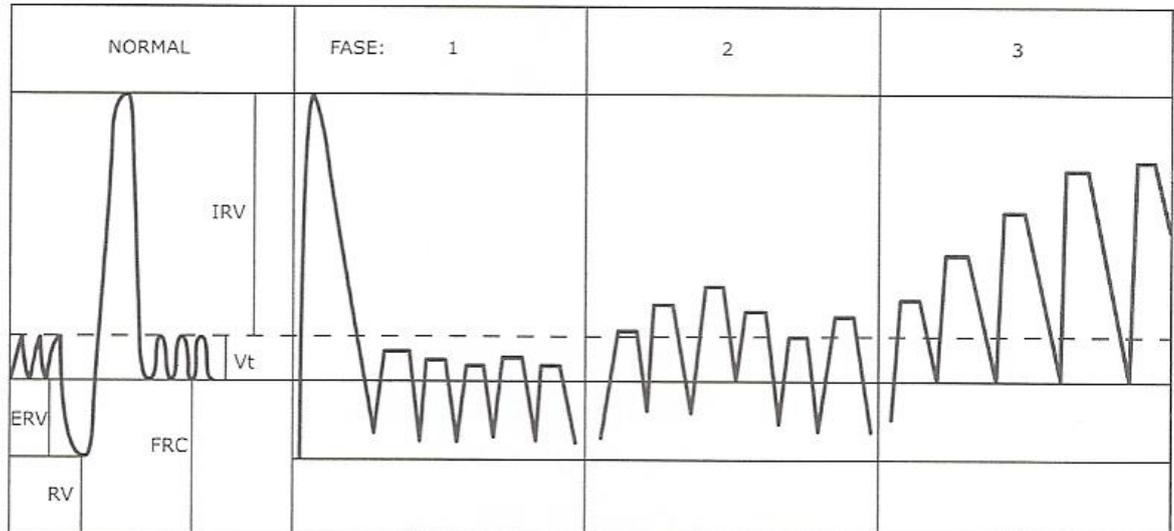


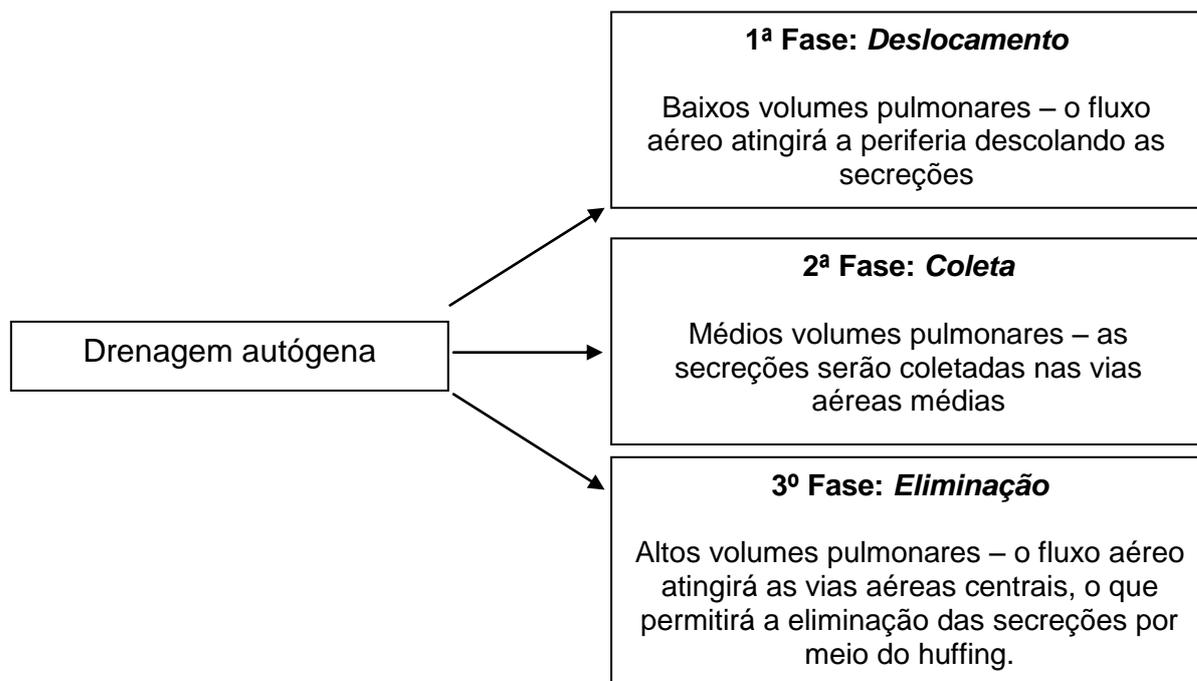
Figura 4: Fases da DA. Fase 1: deslocamento das secreções em vias aéreas periféricas. Fase 2: coleta das secreções em vias aéreas médias. Fase 3: eliminação das secreções em vias aéreas centrais para a boca. (Vt: volume corrente; VER: volume de reserva expiratório; RV: volume residual; FRC: capacidade residual funcional; IRV: volume de reserva inspiratório; IRV + VT + VER: capacidade vital).

Figura retirada de Britto, R.R; Brant, T.C.S; Perreira, V.F. *Recursos Manuais e Instrumentais em Fisioterapia Respiratória São Paulo: Manole, 2009. p. 81.*

A cada fase da técnica deve ser repetida de quatro a cinco vezes, sucessivamente, sem intervalos. Concluídas as séries de repetições das três fases, todo o procedimento pode ser repetido por 30 a 45 minutos, duas vezes ao dia. Entretanto, a duração e o número de sessões podem ser alterados, dependendo da quantidade e da viscosidade da secreção. Limitações da técnica é a falta de cooperação do paciente, recomendado para pacientes que tenham uma boa percepção de sua ventilação para serem capazes de controlar os volumes e fluxos.

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
|  | FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA | Número: 17 |
| | | Edição: 01 |
| Área: Serviço de Fisioterapia | | Página: 6/6 |
| Assunto: Drenagem Autógena | | Vigência: 15/09/2018 |

6. FLUXOGRAMA



7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Feltrim, M.I; Parreira, V. Fisioterapia Respiratório. Consenso de Lyon. 1994-2000. São Paulo, 2001.
2. Veronezi, J; Scortegagna, D. Fisioterapia respiratória na Fibrose Cística. Rev HCPA 2011;31(2):192-196.
3. Britto, R.R; Brant, T.C.S; Perreira, V.F. Recursos Manuais e Instrumentais em Fisioterapia Respiratória. São Paulo: Manole, 2009. p. 78-82.