



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

JHULIANA ROSA DOS SANTOS

**EFEITOS DA POSIÇÃO PRONA NA OXIGENAÇÃO TISSULAR DE PACIENTES
COM SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA**

ARIQUEMES - RO

2023

JHULIANA ROSA DOS SANTOS

**EFEITOS DA POSIÇÃO PRONA NA OXIGENAÇÃO TISSULAR NA
SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Fisioterapia do
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA
como pré-requisito para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia

Orientador (a): Profa. Ma. Jéssica Castro
dos Santos.

ARIQUEMES – RO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

JHULIANA ROSA DOS SANTOS

**EFEITOS DA POSIÇÃO PRONA NA OXIGENAÇÃO TISSULAR NA
SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Fisioterapia do
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA
como pré-requisito para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Profa. Ma. Jéssica Castro
dos Santos.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Jéssica Castro dos Santos
Centro Universitário FAEMA / UNIFAEMA

Profa. Ma. Patricia Caroline Santana
Centro Universitário FAEMA / UNIFAEMA

Profa. Ma. Jéssica de Souza Vale
Centro Universitário FAEMA / UNIFAEMA

ARIQUEMES – RO

2023

Dedico este trabalho aos meus pais José Dílson e Brígida M^a, ao meu esposo Jeanluca, familiares e amigos, que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente com meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me honrou e me fez digna de tamanha grandeza, que desde o ventre da minha mãe zelou por mim e me livrou de todo mal, que foi meu alento, minha rocha e fortaleza nos tempos de angustias e aflição. Gratidão pela promessa que se cumpriu senhor Jesus!

Aos meus pais José Dílson e Brígida M^a que me guiaram e ensinaram a trilhar o caminho da vida, que me encheram de princípios e ensinamentos honrosos. Obrigada pai e mãe por desde pequena vibrarem por minhas conquistas, por sempre estarem no meio da plateia quando eu tinha apresentações na escola, por se alegrarem quando eu chegava com diploma de melhor aluna, por apoiar meus estudos e depositarem em mim tamanha fé e confiança que me impulsionaram a ser melhor. Obrigada por sempre me ofertar o melhor que estava ao alcance de vocês, por nunca deixarem nada faltar a mim e a meus irmãos, por serem pais exemplares, por mostrar que nada na vida vem fácil, que precisamos trabalhar e ser honestos, e que Deus é o caminho e a verdade, eu amo vocês!

Agradeço ao meu esposo Jeanluca pelo companheirismo e amor durante esses cinco anos de caminhada, por sempre me consolar e me alegrar quando parecia tudo perdido, você me acompanhou de perto me viu vibrar por todas conquistas e chorar por ter medo e desânimo, mais sempre me animou e depositou em mim muita fé, obrigada amor, te amo!

Agradeço as minhas irmãs Mariana e Andressa por todo carinho e amor que tem por mim, as Minhas avós Cleusa e Anita pelo exemplo de perseverança e fé que tudo na vida é passageiro e que sempre tem algo bom a nos esperar, as minhas tias e tios, primos e primas, e aos demais familiares por sempre torcerem por mim, por sempre me mandarem mensagens, pelas palavras que me diziam, pelo apoio incondicional, os de perto e os de longe nunca deixaram de me apoiar, e sem vocês isso não seria possível

Agradeço a todos os colegas que pude conviver e dividir a vida durante esses cinco anos, em especial as minhas amigas Evellyn, Emanuele, Ariany, Naiana, Rosiliane, Taiza, Andressa e Tati, muito obrigada por tudo que vivemos juntas, pelas risadas, pelos choros, pelos surtos, pelo apoio, carinho e amor que durante esse tempo eu criei por vocês, e recebi de vocês meninas. Acharam que eu não ia falar do

grupinho “só ladeira a baixo”? acharam errado, Evellyn, Manu e Ari vocês se tonaram as minhas pessoas da faculdade e agora da vida, Deus de uma forma linda decidiu que formaríamos um grupinho apocalíptico, cheios de opiniões, cheio de personalidade e cheio de alegria, obrigada por fazerem essa caminha ser mais leve, por encherem meus dias de sorrisos, pelas conversas bobas e rotineiras. Os amigos são a família que nós escolhemos e eu escolhi vocês para sempre!

Quanto vale um amigo?

“Amizade não se compra, não se vende em prateleira. Não tem promoção de amigo no shopping, nem lá na feira. Um amigo é um presente de graça, mas faz a gente rico a vida inteira.” Bráulio Bessa. Amo vocês!!

Agradeço a minha orientadora Profa. Ma. Jéssica Castro dos Santos obrigada por ser essa professora excepcional que ensina com amor e que os olhos brilham quando fala da sua profissão, inspirando seus alunos a serem um pouquinho como você. Além de uma professora você é uma grande amiga que apoia e impulsiona seus alunos a voarem mais alto, obrigada por tudo, por me ensinar a ver meu mundo com outros olhos!!

Agradeço as demais professoras e professores que fizeram parte desse processo, obrigada por toda dedicação e carinho!

Agradeço a Neuza, o Itamar, o Domingos, e as meninas do financeiro, funcionários da UNIFAEMA que durante cinco anos me viram ir e vir, sempre com alegria trabalhando arduamente, obrigada por todo Bom dia, Boa tarde e Boa noite.

Agradeço a mim Jhuliana Rosa Dos Santos, filha, irmã, esposa e amiga que durante cinco anos abdicou de muitos momentos em família para estudar, teve que se manter de pé mesmo quando meu corpo inteiro pedia descanso. Com garra, determinação, fé, esperança e alegria encerro esse ciclo na minha vida, gratidão por tudo que passei até aqui.

Enfim, agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização de mais um sonho.

*Seja forte e corajoso! Não
se apavore e nem desanime,
pois o Senhor, o seu Deus,
estará com você por onde
você andar.
- Josué 1:9*

RESUMO

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) é uma doença que afeta o sistema respiratório, em especial o pulmão, ela causa difusas lesões que agravam o quadro clínico do paciente, essas lesões afetam a relação ventilação/perfusão acarretando um quadro de hipoxemia refratária, dificultando a entrada de oxigênio (O₂) e a retirada do dióxido de carbono (CO₂) do sangue, podendo causar disfunção pulmonar ou sistêmica. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa para conceituar os efeitos da posição prona na oxigenação tissular na síndrome da angústia respiratória aguda. Conclui-se que a posição prona utilizada em pacientes com SARA diminui o quadro de hipoxemia, melhora a oxigenação, o recrutamento alveolar e a relação ventilação /perfusão. Este trabalho tem como objetivo descrever sobre os efeitos da posição prona e seus benefícios na oxigenação tissular em pacientes com síndrome da angústia respiratória aguda. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com artigos das bases de dados PubMed, LILACS, biblioteca virtual de saúde (BVS), google acadêmico e a associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), foram feitas também buscas em livros de fisioterapia respiratória, ventilação mecânica, anatomia humana e radiologia e imaginologia dispostos no acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente FAEMA. por meio dos descritores “síndrome do desconforto respiratório”, “Decúbito ventral” e “oxigenação”. Os critérios de inclusão artigos nos idiomas português, inglês e espanhol postados entre os anos de 2001 a 2023.

Palavras-chave: Posição Prona. Oxigenação. Síndrome do desconforto respiratório. Unidade de Terapia Intensiva. Fisioterapia.

ABSTRACT

Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a disease that affects the respiratory system, especially the lungs, it causes diffuse lesions that worsen the patient's clinical condition, these lesions affect the ventilation/perfusion relationship, resulting in refractory hypoxemia, making it difficult for oxygen (O₂) to enter and carbon dioxide (CO₂) to be removed from the blood, which can cause pulmonary or systemic dysfunction. This study is an integrative literature review to conceptualize the effects of the prone position on tissue oxygenation in acute respiratory distress syndrome. It is concluded that the prone position used in patients with ARDS reduces hypoxemia, improves oxygenation, alveolar recruitment and the ventilation/perfusion relationship. This work aims to describe the effects of the prone position and its benefits on tissue oxygenation in patients with acute respiratory distress syndrome. An integrative review of the literature was carried out with articles from the databases PubMed, LILACS, virtual health library (VHL), google academic and the Brazilian association of Cardiorespiratory Physiotherapy and Intensive Therapy Physiotherapy (ASSOBRAFIR), searches were also made in books of respiratory physiotherapy, mechanical ventilation, human anatomy and radiology and imaging arranged in the collection of the Júlio Bordignon Library of the Faculty of Education and Environment FAEMA. through the descriptors "respiratory distress syndrome", "prone position" and "oxygenation". The inclusion criteria are articles in Portuguese, English and Spanish posted between the years 2001 and 2023.

Keywords: Prone position, oxygenation, Respiratory Distress Syndrome, Intensive Care Units, physiotherapy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Radiografia de tórax mostrando os típicos aspectos radiográficos da SARA.	18
Figura 2 Sistema respiratório: via condutora.	19
Figura 3 Sistema respiratório: via respiratória.	20
Figura 4 pulmão Direito e Esquerdo; vista lateral	21
Figura 5 interfaces utilizadas na ventilação mecânica não invasiva.	22
Figura 6 sistemas de ventilação.	23
Figura 7 paciente em posição prona.	24
Figura 8 manobra de envelope com lençóis.	26
Figura 9 giro da posição prona.	26
Figura 10 Fluxograma do processo de filtragem dos artigos Error! Bookmark not defined.	

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AVD's	Atividades de vida diária
CO ₂	Dióxido de carbono
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRF	Capacidade residual funcional
DD	Decúbito dorsal
DECs	Descritores em ciências da saúde
DV	Decúbito ventral
FiO ₂	Fração inspirada de oxigênio
IRpA	Insuficiência respiratória aguda
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
O ₂	Oxigênio
PaO ₂	Pressão parcial de oxigênio
PEEP	Pressão positiva expiratória fina
PP	Posição de prona
RI	Revisão integrativa de literatura
SARA	Síndrome da angustia respiratória aguda
UTI	Unidade de terapia intensiva
V/Q	Ventilação e perfusão
VM	Ventilação mecânica
VMI	Ventilação mecânica invasiva
VNI	Ventilação mecânica não invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Geral	15
1.2.2 Específicos	16
1.2.3 Hipótese.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA.....	17
2.2 ANATOMIA E A FISIOLOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO.....	19
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
4.1 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.....	30
4.1.1 Da coleta de dados	30
4.1.2 Da análise dos dados.....	31
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA. 33	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) foi citada pela primeira vez entre as décadas de 60 e 70, conhecida por ser uma insuficiência respiratória aguda seguida de sintomas como: cianose, hipoxemia refratária, taquipneia, diminuição da complacência pulmonar e dispneia, ela pode ter várias causas sendo elas indiretas ou diretas. Em seus achados radiográficos nota-se a prevalência de infiltrados em ambos pulmões e edema pulmonar intersticial, de acordo com as definições de Berlim podemos categorizar a SARA através da relação ventilação perfusão (PaO_2/FiO_2) em: Leve, moderada e grave. Não foi definido um padrão-ouro no diagnóstico da SARA, leva se em conta os fatores fisiopatológicos, clínicos e radiológicos (Oliveira, Teixeira, Rosa, 2019).

Considerando a fisiologia humana a ventilação mecânica (VM) é muito recomendada para paciente com SARA servido de tratamento e de medida protetora, a VM surgiu no ano de 1952 para combater a pandemia de poliomielite na Dinamarca desde então essa técnica evoluiu e deixou de ser um suporte que normaliza as trocas gasosas para um suporte capaz de fazer essas trocas sem lesar o pulmão, sem comprometer a fisiologia sendo capaz de resolver a doença de uma forma menos agressiva promovendo a interação do paciente com o ventilador. (Holanda, Pinheiro, 2020).

Os pulmões de pacientes com SARA apresentam um aumento de infiltrados diminuindo as trocas gasosas causando declínio do quadro clínico, a VM é utilizada para recuperar os parâmetros respiratórios e melhorar a relação da ventilação/perfusão no intuito que o paciente seja o menos lesado possível e se recupere sem sequelas, são ofertadas a esses pacientes altos níveis de fração inspirada de oxigênio (FiO_2) e pressão positiva expiratória fina (PEEP) (Carvalho, 2001, p.22).

Novos estudos foram realizados para melhorar o quadro gasométrico desses pacientes e se aprofundar nos aspectos fisiopatológicos da síndrome, a troca de posição desses pacientes nas unidades de terapia intensiva (UTI) é uma técnica considerável para melhora do quadro clínico, a posição de prona (PP) é usado para mobilização de secreções mostra-se importante para o aumento da capacidade

residual funcional (CRF), distribui a ventilação de forma uniforme devido a gravidade, melhorando o *shunt* pulmonar (Net, Benito, 2002, p.103).

A PP é o posicionamento onde o paciente é colocado em decúbito ventral com a região dorsal virada para cima, essa técnica é um recurso muito utilizado em pacientes com SARA. Essa manobra é realizada para melhorar o recrutamento alveolar, o volume pulmonar, reduzir a resistência pulmonar e a elastância, para colocar o paciente em PP a equipe multidisciplinar utiliza alguns recursos ou dispositivos auxiliares (lençóis, macas automáticas, cintas, entre outros) para facilitar o trabalho. Assim como outras técnicas a PP apresenta algumas contra indicações dentre elas a mais graves são: arritmias agudas e estereotomia recente, após colocar o paciente na PP são realizadas gasometrias de hora em hora para avaliar a melhora do paciente e se ele é um bom candidato para manter o posicionamento (Leite et al, 2022).

1.1 JUSTIFICATIVA

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) tem alta taxa de mortalidade em paciente internados nas unidades de terapia intensiva (UTI), pacientes com essa doença apresentam infiltrados pulmonares, diminuição da complacência, aumento da resistência pulmonar e redução das trocas gasosas, causando hipoxemia grave.

Utilizando o PP uma grande quantidade de alvéolos é recrutada porque há uma diminuição da tensão do parênquima pulmonar, reduzindo o colapso alveolar aumentando o volume pulmonar melhorando a distribuição de ventilação, ou seja, acontece mais trocas gasosas tornando o pulmão mais funcional e ativo, melhorando a respiração tissular e diminuindo o tempo de internação desses pacientes, diminuindo também os riscos de complicações.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Investigar os efeitos fisiológicos da posição prona na melhora da oxigenação do paciente com síndrome da angústia respiratória aguda.

1.2.2 Específicos

- Descrever sobre a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda e suas nuances.
- Discorrer sobre a anatomia e a fisiologia do sistema respiratório.
- Conceituar a posição prona e seus benefícios.
- Caracterizar a Unidade de Terapia Intensiva e a atuação da Fisioterapia.

1.2.3 Hipótese

A SARA é um resposta inflamatória que causa lesões no pulmão tornando a entrada de líquidos nos alvéolos mais suscetível, com o paciente em posição Supina de barriga para cima o peso do pulmão faz com que se acumule mais líquido tornando difícil a tarefa de repelir o líquido acumulado, a PP utiliza da gravidade para melhorar a mobilização de secreções e o recrutamento alveolar já que a tensão sobre o parênquima pulmonar reduz, podendo recrutar alvéolos em regiões com atelectasia, reduzindo o shunt pulmonar e lesões pulmonares, desta forma melhorando a relação ventilação/perfusão e a complacência pulmonar (Lima, Scansetti , Silveira, 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) é uma exagerada resposta inflamatória que pode causar disfunções pulmonares ou sistêmicas, levando assim o aumento do acúmulo de fluido pulmonar ou desordem sistêmica, diminuição da complacência pulmonar e por consequência uma insuficiência respiratória aguda (IRpA). Geralmente a SARA causa lesões no parênquima pulmonar e pode ser resultante de outras patologias como; pneumonia, sepse, peritonite e politraumatismos. Possui alguns sinais clínicos característicos, estertores pulmonares, taquipneia, hipoxemia, angústia respiratória e cianose são alguns deles (Souza, Sefarini, Cruz, 2019).

A SARA pode ser dividida em três categorias de acordo com Dalmedico et al, (2019), sendo elas: leve $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ mm/Hg; moderada $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mm/Hg e grave $PaO_2 / FiO_2 \leq 100$ mm/Hg. O tratamento de pacientes acometidos por essa enfermidade é baseado em medidas para otimizar a oxigenação e prevenir a progressão de lesões pulmonar, para que isso aconteça são utilizadas algumas técnicas e recursos, a estratégia ventilatória protetora, manobras de recrutamento alveolar e posição prona são algumas das grandes alidas (Dalmedico et al, 2019).

O diagnóstico da SARA depende de vários critérios clínicos, e mesmo assim não chegaram a um padrão ouro, sua etiologia tem causas diretas/primárias como; contusões pulmonares, pneumonias ou causas indiretas/segundárias como; overdose e sepse. Atualmente as definições de Berlim são as mais utilizadas para diagnosticar pacientes com SARA. Cerca de 25% dos pacientes internados grave, que necessitam de VM são acometidos pela SARA, por isso essa doença é fortemente ainda associada a uma alta taxa de mortalidade a longo prazo. Grande parte das pessoas acometidas pela SARA sofrem significativas sequelas cognitivas e físicas. (De Almeida et al, 2023).

A SARA é caracterizada por desencadear quadros de IRpA, ela está associada a uma fisiologia restritiva e hipoxemia refratária, os capilares pulmonares aumentam sua permeabilidade facilitando o influxo de fluidos inflamatórios que se acumulam nos espaços alveolares e nos interstícios pulmonares reduzindo assim a complacência

pulmonar. O acúmulo de líquido dificulta a ação do surfactante alveolar e sua síntese podendo causar atelectasia pelo colapso desses alveolos, prejudicando a hematose , ou seja, os alveolos irão receber uma grande quantidade de sangue ou líquido, piorando a relação ventilação/perfusão podendo ter a presença de *shunt*, diminuindo a complacência pulmonar e os volumes pulmonares causando uma hipoxemia gradativa. (Santos et al, 2023).

Segundo Kacmarek (2009, p. 576) esse acúmulo de líquido gera uma restrição na respiração tissular acarretando por consequência um edema pulmonar que pode causar infarto do miocárdio, doença valvar, insuficiência renal, hipertensão sistêmica, miocardite, e embolia pulmonar. A ocorrência do *shunt* pulmonar pode provocar lesões nos tecidos agravando ainda mais a hemodinâmica (Kacmarek, 2009, p. 576).

Nos aspectos radiográficos (figura 1) apesar de causar danos vasculares e cardíacos a SARA apresenta tamanho cardíaco regular, nota-se infiltrados difusos nos alveolos periféricos, ângulos costofrênicos apagados, e derrame pleural diminuto (Costa, 2020).

Figura 1 Radiografia de tórax mostrando os típicos aspectos radiográficos da SARA.



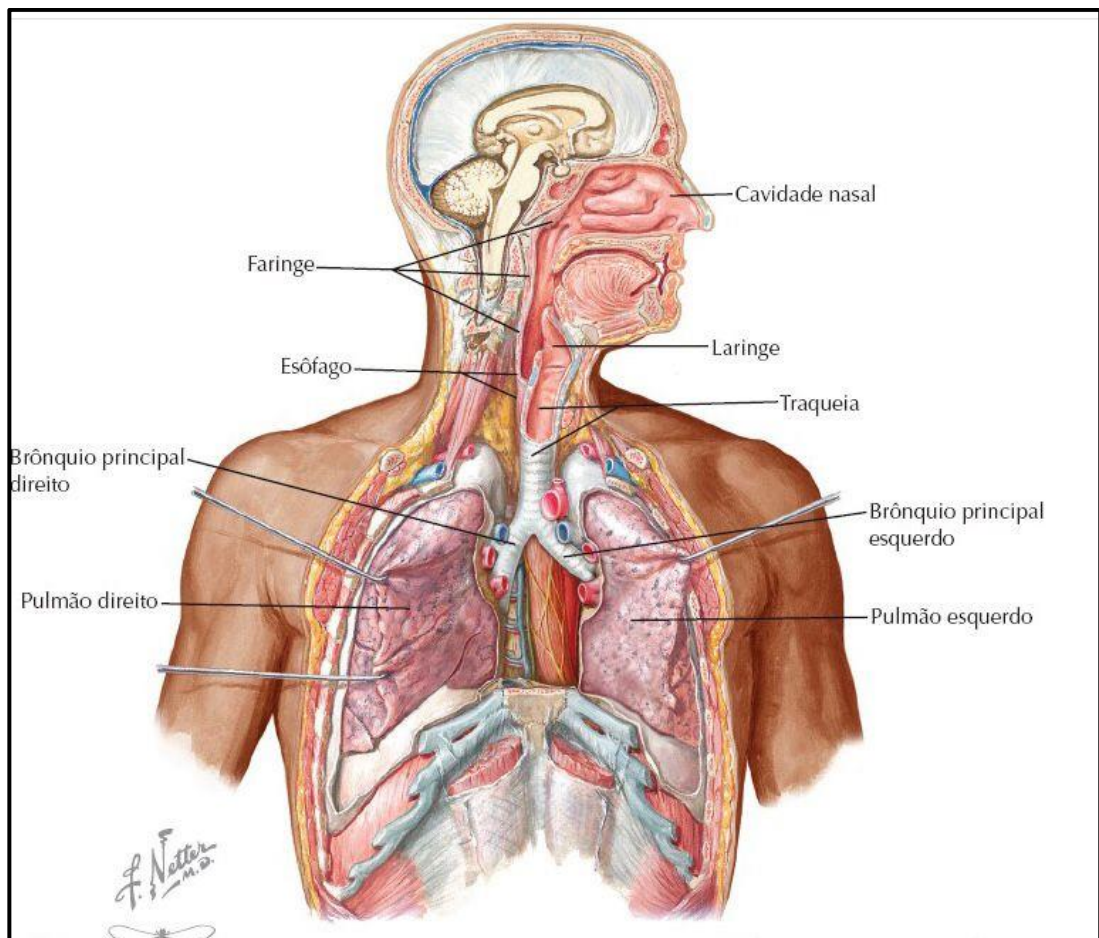
Fonte: EGAN (2009).

Devido a funcionalidade pulmonar ser tão prejudicada pela doença é indicado a utilização da ventilação mecânica para recuperar as funções respiratórias, melhorar o desenvolvimento pulmonar e serve também como medida protetora (Costa, 2020).

2.2 ANATOMIA E A FISIOLOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

O sistema respiratório é um conjunto de estruturas e órgãos que realizam a troca gasosa, ou seja, ele é responsável pela hematose. É dividido em duas porções sendo uma condutora e outra respiratória. A parte condutora é constituída pelo nariz, cavidade nasal, laringe, faringe, traqueia e bronquíolos (figura 2) eles funcionam como tubos que além de conduzir tem a função de filtrar, aquecer e umidificar o ar (Lyons, 2023).

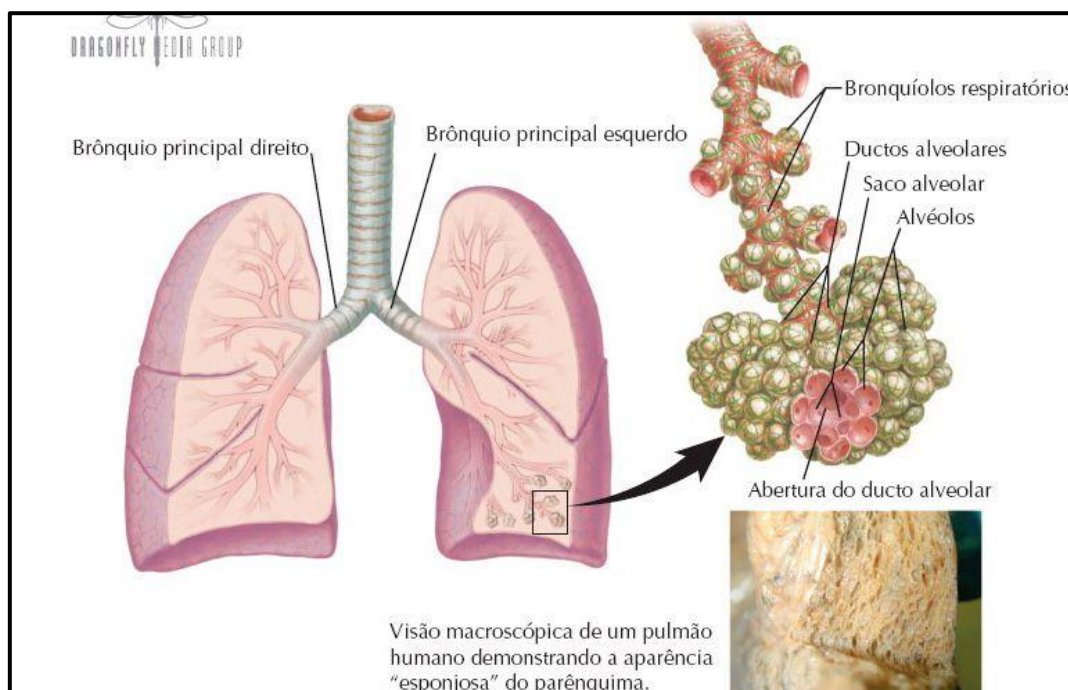
Figura 2 Sistema respiratório: via condutora.



Fonte: NETTER, (2023).

A parte respiratória é constituída pelos bronquíolos, ductos alveolares, e alvéolos (figura 3), é a responsável pelas trocas gasosas, retira o dióxido de carbono (CO₂) do sangue e deposita o oxigênio (O₂) (Lyons, 2023).

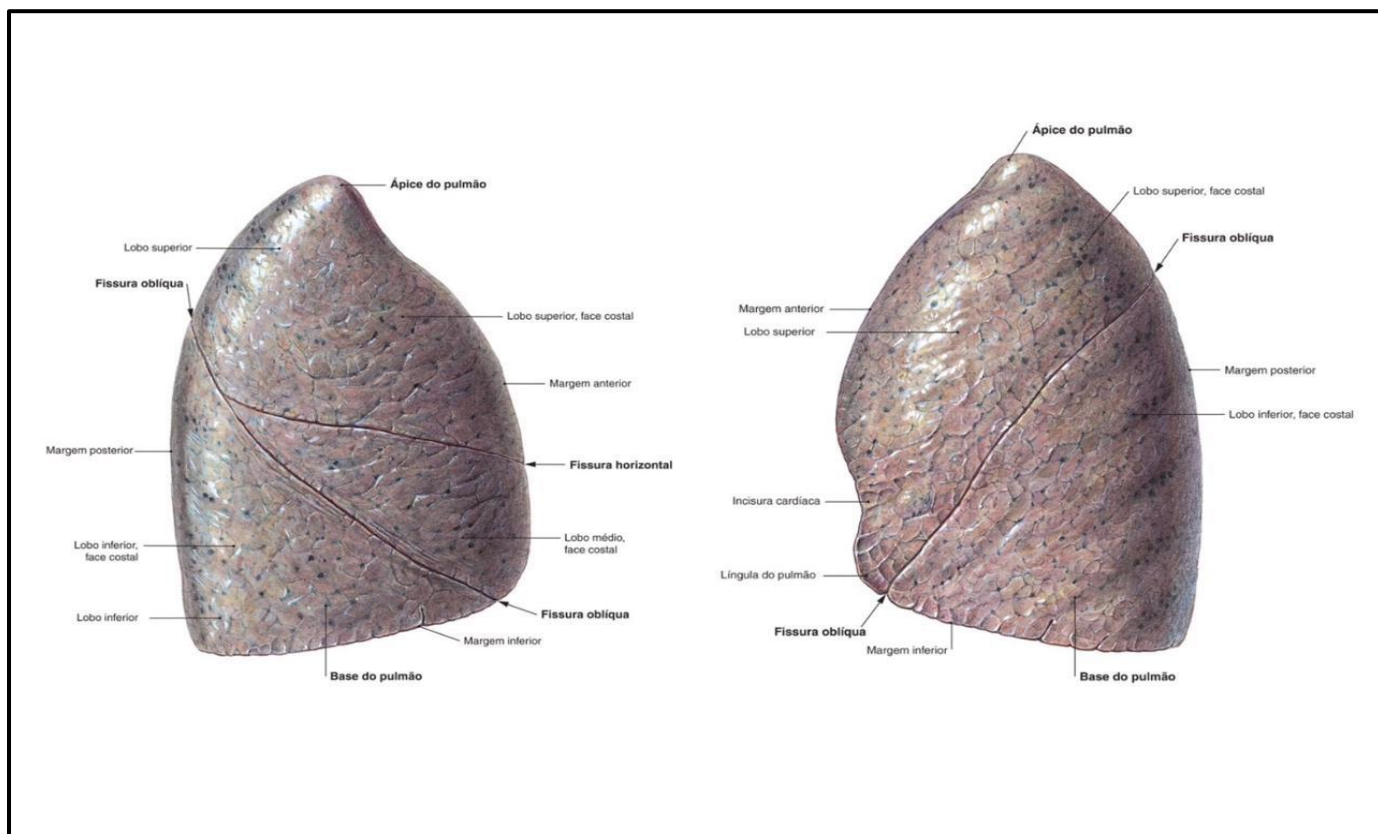
Figura 3 Sistema respiratório: via respiratória.



Fonte: NETTER, (2023).

O pulmão pode ser considerado um dos órgãos mais importantes do sistema respiratório, ele tem como principal função realizar as trocas gasosas. O pulmão direito é dividido em três lobos (figura 4): superior, médio, e inferior, o pulmão esquerdo é dividido em dois lobos: superior e inferior. Os lobos são separados pelas fissuras e em cada lobo encontramos segmentos broncopulmonar. Os pulmões são conectados na traqueia através dos bronquíolos, ele é revestido por duas pleuras uma interna (pleura parietal) e outra externa (pleura visceral), essas têm a função de proteger os pulmões. Os espaços pleurais são preenchidos com líquido pleural, esse líquido juntamente com a pleura impendem o atrito durante o ciclo respiratório e mantém a estrutura lubrificada durante todo o processo. (Paresque, [2019?]).

Figura 4 pulmão Direito e Esquerdo; vista lateral



Fonte: SOBOTTA, (2017).

A ventilação pulmonar espontânea nada mais é que a inspiração e expiração de ar, toda essa mecânica acontece com grande influência dos músculos intercostais que possibilitam a expansão e a retração da caixa torácica, auxiliando o diafragma permitindo a entrada e saída do ar nos pulmões. A pressão pulmonar serve para expandir os pulmões e permitir a entrada de ar nos alvéolos, o paciente estando em ventilação espontânea ou mecânica é vital que esse gradiente de pressão seja positivo. Quando falamos em ventilação pulmonar a pressão, fluxo e volume estão ligados diretamente com a complacência pulmonar e a resistência das vias respiratórias, a complacência pulmonar nada mais é que a capacidade que o pulmão tem de distender-se para cada aumento de pressão transpulmonar, desta forma é controlada a quantidade de entrada e saída de ar nos pulmões (Pires, 2022).

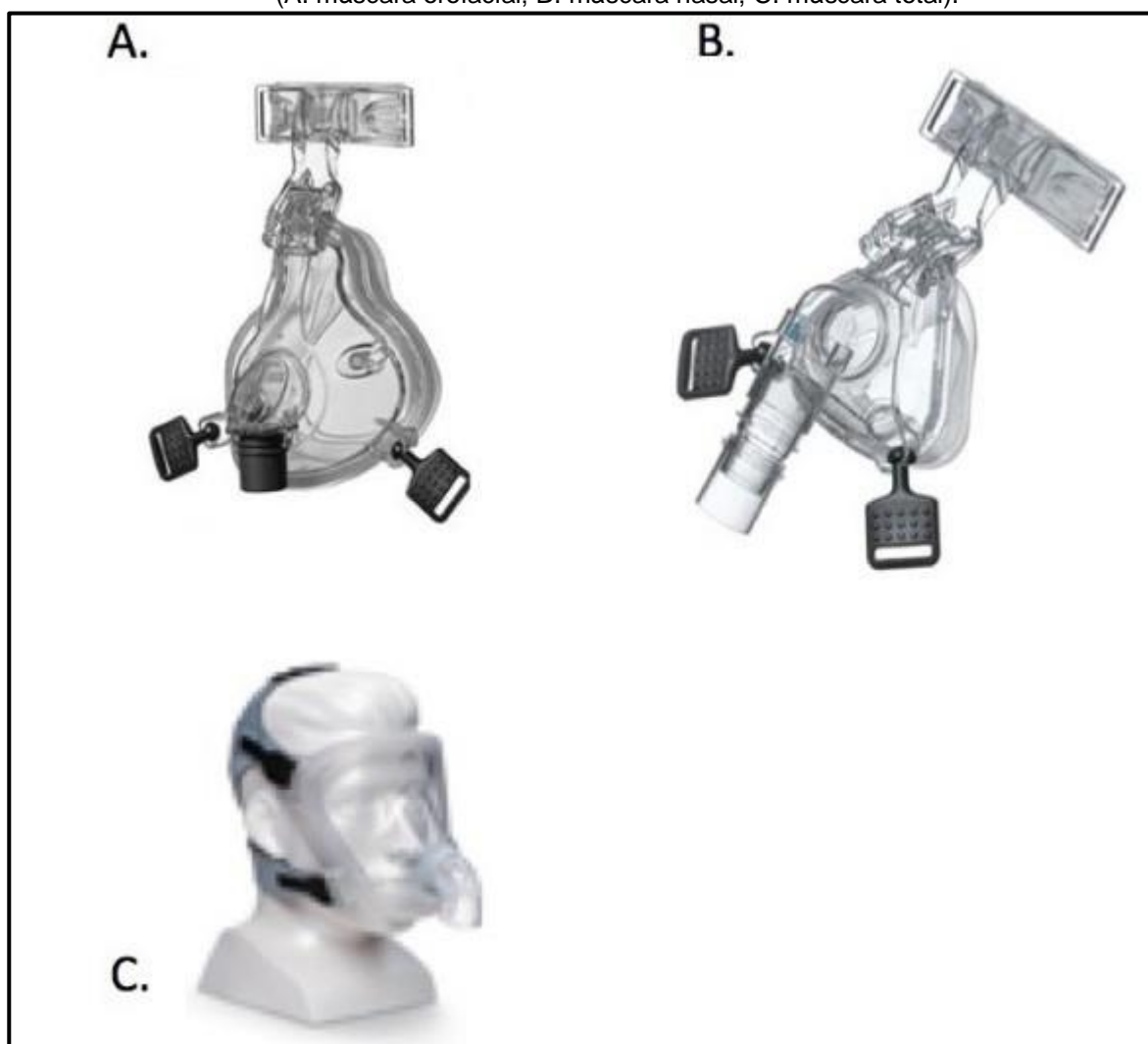
Os efeitos deletérios que a SARA causa no sistema respiratório acarreta um déficit na ventilação pulmonar espontânea, sendo assim recomendado a utilização da ventilação mecânica (VM), tanto invasiva como não invasiva, a depender do caso. Através de muitos estudos a ventilação mecânica vem se aperfeiçoando e se

modernizando, baseando-se principalmente na fisiologia humana e se aprofundando em estudos laboratoriais, ensaios clínicos, estudo de caso, entre outros (Pires, 2022).

A ventilação mecânica ajuda na redução do trabalho respiratório e melhora nas trocas gasosas e atua de forma protetora para que não haja lesões nos pulmões, a ventilação mecânica não invasiva (VNI) é utilizada com interfaces completas, nasais e faciais (figura 5), a ventilação mecânica invasiva (VMI) é uma técnica que utiliza pressão positiva e é aplicada em vias artificiais através de cânula de traqueostomia ou tubo endotraqueal (Brito, Brant, Parreira, 2013, p. 103).

Figura 5 interfaces utilizadas na ventilação mecânica não invasiva.

(A. máscara orofacial; B. máscara nasal; C. máscara total).

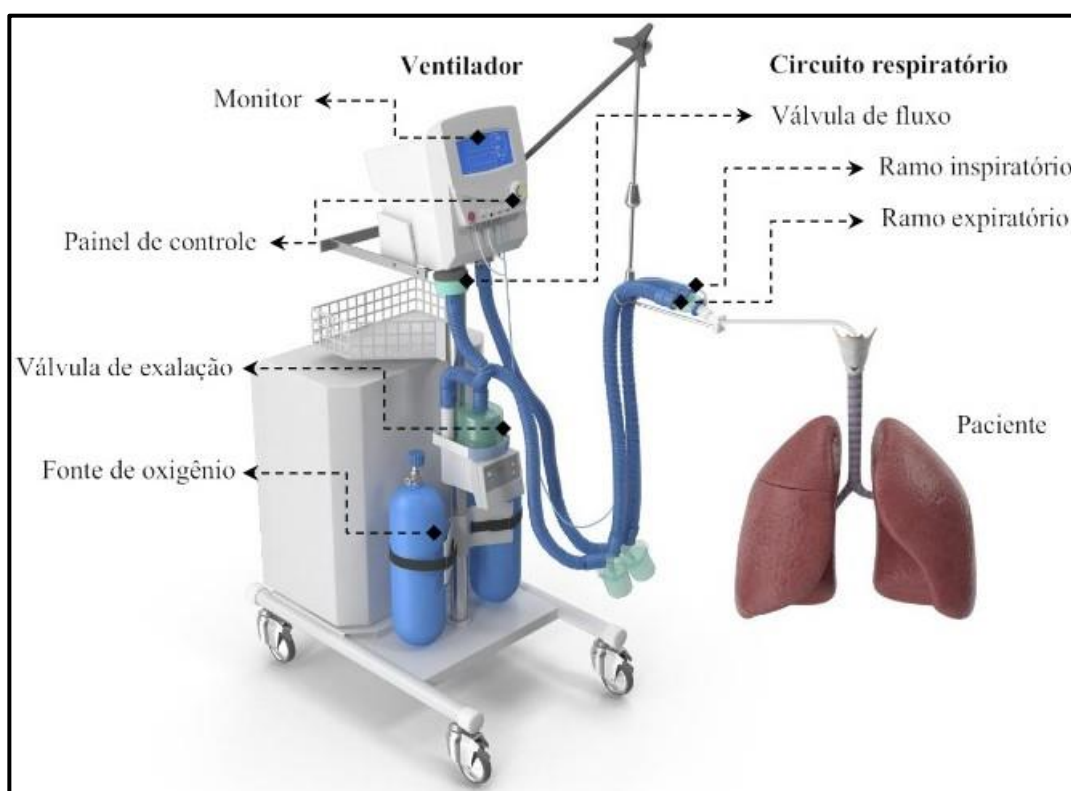


Fonte: Cruz, Zamora, (2013).

A VMI é realizada através de aparelhos que insuflam as vias aéreas através de uma pressão subatmosférica, esse gradiente de pressão faz com que o ar chegue até

os brônquios pulmonares e atinja os alvéolos, foi estudada e elaborada para suprir as necessidades fisiológicas do sistema respiratório, para que isso ocorra o aparelho de ventilação possui vários mecanismos (Figura 6), assim quando um paciente apresenta alguma doença ou trama que aumenta a resistência das vias respiratórias, a VM através de pressão positiva bombeia o ar para os pulmões, aliviando o esforço respiratório (Ghiggi; Almeida; Aldino, 2021).

Figura 6 sistemas de ventilação.



Fonte: Ghiggi, Almeida, Aldino, (2021).

A ventilação se mostra grande aliada para manter os parâmetros ventilatórios, e proporcionar uma recuperação mais rápida, o profissional fisioterapeuta é responsável pelo manejo da VM podendo conduzir, monitorar e promover a oferta e retirada da mesma. Essas intervenções são indispensáveis nas unidades de terapia intensivas (UTIs) na atuação do posicionamento, recrutamento alveolar, oxigenoterapia, protocolos de reabilitação pulmonar e musculoesquelética, mobilização precoce e suporte ventilatório (Cavalcante et al., 2021).

2.3 POSIÇÃO PRONA

A posição prona consiste em uma manobra em que o paciente é transferido do decúbito dorsal (DD) para o decúbito ventral (DV) (figura 7), para realizar essa manobra é necessária uma equipe multidisciplinar capacitada, sendo fundamental a presença de quatro profissionais dispostos pelo leito, uma pessoa na cabeceira da maca, uma de cada lado da maca e uma responsável por cuidar dos aparelhos e acessos do paciente manejado. Em 1974 sugeriu-se que a PP era uma técnica muito benéfica para pacientes sedados ou paralisados, já em 1976 foi realizado um novo estudo que constatou melhora do quadro clínico de pacientes com SARA quando utilizada a PP (Parry, Gaudard, Lunes, 2020).

Figura 7 paciente em posição prona.



Fonte: ASSOBRAFIR, (2020).

Atualmente é recomendado a utilização precoce da PP de preferência entre as 48 e 24 horas iniciais em pacientes que apresentam SARA, ou colocado na VMI que apresenta $FIO_2 > 60\%$, essa técnica geralmente é utilizada em pacientes com a relação ventilação/perfusão considerada grave < 150 mmHg. Assim como outras técnicas a PP apresenta algumas contraindicações como: fratura pélvica, arritmia grave aguda, fratura vertebral, pressão intracraniana não monitorada, esternotomia recente, entre outras. É um procedimento seguro e barato, falta preparação das equipes e organização para que seja mais eficiente e utilizada (Borges et al., 2020).

Para realizar a PP é necessária uma equipe treinada, a partir de então o paciente pode ser preparado, devemos levar em conta alguns cuidados necessários para o sucesso da PP sendo eles: alinhar a maca, revisar toda VMI caso o paciente esteja usando, fechar a dieta duas horas antes. Cuidados especiais devem ser tomados com sondas e drenos, a equipe utiliza lençóis, sintas e alças para facilitar a realização da manobra, assim que colocado em DV, o paciente é posicionado com um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, a cabeça se volta para o lado do braço fletido, deve se usar coxins de decúbito para evitar úlceras por pressão, placas hidrocoloides podem ser utilizadas na face, ombros e joelhos para aliviar a pressão. É recomendada a mudança da posição dos braços e cabeça de 2 em 2 horas (Correa, Gardenghi, 2019).

Deve se manter o paciente em PP de 12 a 16 horas por dia para que se tenha um resultado positivo. Os efeitos fisiológicos dessa técnica têm relação com a gravidade que melhora o deslocamento de secreções, reduzindo o shunt pulmonar, favorece o retorno venoso aprimorando a relação ventilação e perfusão (V/Q), para saber se a técnica está sendo benéfica para o quadro clínico do paciente, é realizada gasometria arterial para saber analisar a Fio_2 , é necessário que a manobra seja realizada de forma adequada para reduzir a taxa de mortalidade (Pereira, Dias, Patrício, 2022).

Para facilitar a manobra, é realizado um envelope com os lençóis (figura 8), coloca-se um lençol sobre o paciente e outro por baixo do dorso e enrola-se as bordas bem próxima do mesmo, então a equipe aguarda o comando e começam a realizar o giro (figura 9), assim que girado é organizado o leito do paciente e posicionado os coxins. A realização de um checklist preveni erros e complicações durante a ação da manobra (Oliveira, 2017).

Figura 8 manobra de envelope com lençóis.



Fonte: Oliveira, (2017).

Figura 9 giro da posição prona.



Fonte: Oliveira, (2017).

É realizada gasometrias de controle para saber como o paciente está reagindo a PP, então uma hora antes de realizar o DV é realizada a primeira gasometria, uma hora após o paciente estando em DV é realizada a segunda gasometria, depois de 6 em 6 horas é realizada outras gasometrias, e uma hora antes de despronar o paciente é realizada outra gasometria, se o paciente responder bem no início da manobra é mantido, caso não tenha uma resposta tolerável o paciente volta para o DD (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020).

2.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de terapia intensiva (UTI) é caracterizada por ser um espaço que recebe pacientes que necessitam de cuidados intensivos de saúde, os pacientes admitidos são observados constantemente por período integral de forma eficiente para que apresente início de recuperação (Aguiar et al., 2021).

Para assegurar um bom funcionamento e segurança para os pacientes, visitantes, e profissionais da área, o ministério da saúde desenvolveu a resolução nº 7 no dia 24 de fevereiro de 2010 com intuito de padronizar os critérios mínimos para o funcionamento das UTIs sejam elas públicas ou privadas. Para cada 10 ou 8 leitos é necessário um médico diarista e outro plantonista, e um enfermeiro assistente, um fisioterapeuta para cada 10 leitos, disponível durante 18 horas por dia, um técnico de enfermagem para cada 2 leitos e um técnico de enfermagem para auxiliar em serviços de apoio. Deve ter equipamentos e materiais de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos nas UTIs, e para cada paciente internado deve se ter equipamentos necessários caso o paciente precise de intervenções (Mello, 2010).

As principais causas para internações de pacientes nas UTIs são neurológicas e IRpA. Geralmente pacientes neurológicos ou com IRpA necessitam da utilização de VM para auxiliar na fisiologia respiratória, pacientes neurológicos podem perder funções motoras e fisiológicas sendo necessário um cuidado intensivo, pacientes com IRpA podem apresentar distúrbios ventilatórios a internação na UTI ajuda na prevenção de danos futuros e na evolução da função respiratória (Ribeiro, Souza, Silva, 2019).

2.4.1 Atuação da Fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva

A atuação do fisioterapeuta intensivista é nova e vem evoluindo com o passar do tempo, o papel do fisioterapeuta nesse campo de atuação era até então tratar doenças e complicações respiratórias, porém a especialidade conquistou autonomia para manusear o ventilador mecânico e destaque quando se trata de mobilização precoce. O papel do fisioterapeuta na UTI é trabalhar para diminuir os riscos de complicações, melhorando a capacidade física e filológica dos pacientes. Antes da introdução do profissional fisioterapeuta dentro dos centros de cuidados intensivos era recorrente o retorno de pacientes com complicações e comprometimento motor sendo incapazes ou dependentes para realizar suas atividades de vida diárias (AVD's) (Fu, 2018).

De acordo com COFFITO (2014) a resolução N° 402/2011, Artigo 7°:

A atuação do Fisioterapeuta Intensivista se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do cliente/paciente/usuário.

Com a internação prolongada dos pacientes nas UTIs é inevitável os efeitos deletérios, perda de massa muscular, fraqueza, redução da mobilidade articular, dependência para realizar as AVD's são algumas das complicações. O papel do fisioterapeuta em relação ao manejo do paciente se torna indispensável, o fisioterapeuta realiza uma avaliação clínica e cinética funcional para melhor atender as necessidades e individualidades do seu paciente, desta forma ele consegue alcançar os objetivos com facilidade. É notável a importância dos profissionais fisioterapeutas dentro das unidades de terapia intensiva, já que seu campo de atuação é vasto, e estudos comprovam a melhora de pacientes assistidos por esses profissionais (Furtado et al., 2020).

Nota-se que a participação de fisioterapeutas no tratamento de pacientes com SARA não se limita apenas aos cuidados respiratórios, mas proporciona também intervenções osteomioarticular, cardiovascular e metabólicas, através da mobilização precoce, exercícios terapêuticos, eletro estimulação, entre outros. Uma técnica muito difundida entre os fisioterapeutas intensivistas é posição prona, essa técnica geralmente é utilizada em pacientes com IRpA consistem em trabalhar o

posicionamento de forma que altere a fisiologia das trocas gasosas e a mecânica respiratória, melhorando efetivamente a oxigenação e a hematose (Pereira et al., 2021).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo realizado consiste em uma revisão integrativa de literatura, elaborado em etapas sendo elas: definição do tema, elaboração da hipótese, critérios de inclusão e exclusão, coleta dos dados, análise dos artigos selecionados, elaboração de um quadro com os objetivos e resultados dos estudos incluídos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos que abordavam a utilização da posição prona em pacientes com SARA, publicados entre os anos de 2019 à 2023, que estivessem nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos incompletos na íntegra, que não abordavam a temática proposta e que não estivesse nos idiomas português, inglês e espanhol, ou estudos publicados anteriormente à 2019.

4.1 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

A revisão integrativa de literatura (RI) desde a década de 80 é considerada um método de pesquisa, onde é reunido estudos e seus resultados são sintetizados para que ocorra um aprofundamento sobre o assunto estudado. A RI respeita um método de busca, análise e síntese de dados rigorosos, possibilitando a tomada de decisão para qualificar um estudo (Casarin et al., 2020).

A RI pode ser dividida em empírica, metodológica e teórica, geralmente o processo para realizar a RI seguem 6 etapas sendo elas: definir um tema, critérios de inclusão e exclusão, extração dos dados, análise dos estudos, discussão dos resultados, elaboração da apresentação desses dados, a utilização de *softwares* contribui para qualidade do trabalho, melhorando a entrega final (Casarin et al., 2020).

4.1.1 Da coleta de dados

Para a seleção da amostra realizou-se uma busca de estudos científicos indexados nas seguintes bases eletrônicas de dados: PubMed e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a utilização da estratégia PICO na qual “P” compete a população (Pacientes adultos com síndrome da angústia respiratória aguda), “I” intervenção (Posição Prona), “C” Comparação

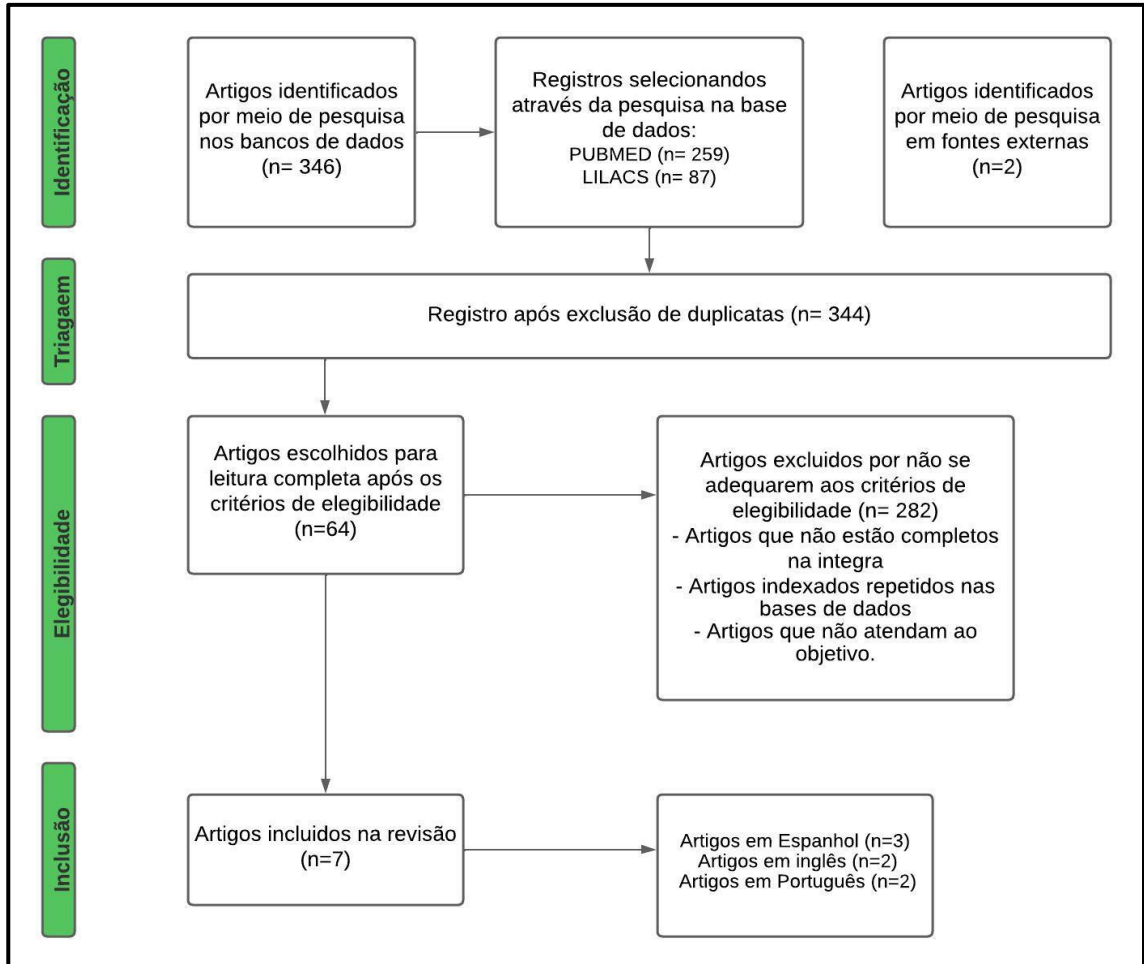
(decúbito dorsal), “O” outcome (Melhora Da Oxigenação Tissular), foi definido os descritores em ciências da saúde (DECs): síndrome do desconforto respiratório, decúbito ventral, oxigenação. traduzidos para o inglês: respiratory distress syndrome, prone position, oxygenation, os operadores booleanos utilizados nas buscas foram “AND” e “OR”.

4.1.2 Da análise dos dados

Foram identificados inicialmente 346 artigos através das bases de dados PubMed e LILACS, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão restaram 64 artigos, foi realizada a leitura de seus títulos e resumos sendo selecionado 5 artigos que correspondia com o tema do estudo abordado, foram adicionados 2 artigos de fontes externas considerados enriquecedores para o estudo, totalizando 7 artigos para compor o quadro. O quadro contém as seguintes informações: Autor/ano, Objetivo, Resultados.

Esse estudo é de grande relevância pois após a pandemia da COVID-19 casos de síndrome da angústia respiratória aguda se tornaram mais frequentes, sendo importante estudar maneiras de amenizar complicações causadas pela doença.

Figura 10 Fluxograma do processo de filtragem dos artigos



FONTE: elaborado pela autora (2023).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

As informações sobre os artigos selecionados estão resumidas no **Quadro 1** que contém: Autor/ano, Objetivo, Resultados. Foram selecionados 7 artigos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Quadro 1- Efeitos da posição prona em paciente com síndrome da angústia respiratória aguda.

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Naranjo et al., 2021	Ventilación en decúbito prono en el síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto por el virus SARS CoV-2	Descrever elementos atualizados sobre a posição prona em pacientes infectados pelo vírus SARS cov-2, com e sem ventilação artificial	Postulou-se que a adoção da posição prona para pacientes não intubados devido à infecção pelo vírus SARS CoV-2 que necessitam de suporte respiratório básico é tão benéfica quanto em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo com ventilação mecânica invasiva, e a oxigenação pode ser melhorada em ambos. reduzindo a necessidade de ventilação invasiva e mortalidade. É uma estratégia terapêutica que melhora as trocas gasosas, através da redistribuição de pressões e volumes na cavidade pulmonar, potencializando a drenagem de secreções.
Mantilla, Tirado, 2020.	Ventilación espontánea en decúbito prono en pacientes con infección por SARS Cov-2 sin ventilación mecánica invasiva	É dar a conhecer que a posição na DP apresenta grande benefícios que podem ser implementados hoje, em pacientes com infecção por SARS-CoV-2 sem ventilação mecânica invasiva, com o objetivo de ser utilizada não como uma terapia de resgate, mas como uma terapia para evitar a deterioração da função ventilatória, podendo ser implementado em todos os hospitais COVID.	Mudar a posição de DS para DP reduz gradientes gravitacional, melhorando a perfusão e a ventilação do parênquima pulmonar. A posição da DP em pacientes com SDRA devido à COVID-19, promove a homogeneidade pulmonar, melhorando troca gasosa e otimização da mecânica respiratório.

Santos et al., 2023.	Ventilação protetora na síndrome do desconforto respiratório agudo causada pela COVID-19: o manejo do fisioterapeuta	Conhecer o manejo do fisioterapeuta relacionado à ventilação protetora em pacientes com SDRA por COVID-19, listando as principais estratégias utilizadas e as barreiras encontradas para sua implementação	A ventilação protetora configura-se no uso de baixos volumes e pressões, titulação da PEEP e posição prona. A manutenção de driving pressure menor que 15 cmH ₂ O e discordância entre os profissionais na tomada de decisão destacam-se como as principais barreiras.
Perón et al., 2021.	Posicionamiento prono en el soporte ventilatorio invasivo del síndrome de dificultad respiratoria aguda por COVID-19	Apresentar as evidências disponíveis sobre as alterações produzidas no sistema respiratório pela implementação do posicionamento prono em pacientes com suporte ventilatório invasivo devido à síndrome do desconforto respiratório agudo associada à COVID -19 e seu impacto na mortalidade.	As diretrizes atuais recomendam o estabelecimento precoce de ventilação mecânica invasiva em posição prona para pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo moderado a grave, induzido por COVID-19, por 12 a 16 horas diárias, a fim de melhorar a oxigenação, o recrutamento pulmonar e a diminuição da mortalidade (AU).
Souza et al., 2022.	Uso da posição prona no tratamento de pacientes críticos com síndrome da angústia respiratória aguda.	realizar uma revisão bibliográfica sobre o uso da posição prona no tratamento de pacientes críticos que apresentam a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda.	O estudo apresentado possibilita uma análise de forma positiva em relação ao uso da posição prona, mesmo que ainda seja questionável em alguns estudos é inadmissível que o profissional fisioterapeuta não pense na sua utilização, pois se trata de uma manobra que de acordo com o que o paciente necessita ela pode ser utilizada e vir a apresentar resultados benéficos e satisfatórios no quadro clínico do paciente

Guerín et al., 2020.	Prone position in patients with ARDS: why, when, how and for whom	Resumir os efeitos fisiológicos do posicionamento prono, como configurar o ventilador, seus efeitos benéficos nos resultados dos pacientes e orientações futuras.	A posição prona mostrou-se eficaz em pacientes com SDRA moderada a grave, que receberam ventilação mecânica invasiva, infusão contínua de bloqueio neuromuscular e baixo volume corrente. Embora a posição prona parecesse subutilizada, a pandemia de COVID-19 mostrou que, na verdade, os médicos adotaram amplamente esta estratégia. Por exemplo, 76% dos 735 pacientes com SDRA relacionada ao COVID-19 incluídos em uma coorte multicêntrica na Espanha foram propensos, e a posição prona foi usada em 63% dos pacientes com SDRA leve.
Righi et al., 2022	Perception of health professionals on the prone position as a therapeutic strategy for patients with COVID-19	verificar se a manobra de decúbito ventral é realizada como estratégia de tratamento de pacientes com covid-19 em ventilação mecânica invasiva por profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar e a percepção sobre seu impacto na mortalidade.	A maioria dos profissionais de saúde que atuam em hospitais brasileiros realiza a estratégia de posicionamento prono em pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica invasiva e percebe que essa abordagem terapêutica reduz a hipoxemia e a mortalidade nessa população. A posição prona parece ser uma estratégia eficaz para reduzir a mortalidade em pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica invasiva. Contudo, estudos de coorte e ensaios clínicos randomizados são necessários para confirmar esta hipótese.

No estudo realizado por Souza et al. (2022), o objetivo foi discorrer sobre a posição prona aplicada em pacientes críticos com SARA, esse estudo possibilitou uma análise positiva em relação a utilização da PP, relatou-se que apesar de ainda existir estudos que questionam a utilização dessa técnica ela se mostra muito eficiente e indispensável quando aplicada nos pacientes que necessitam.

Em outro estudo de revisão temática realizado por Perón, Izquierdo, (2021), buscou mostrar a relação da PP com o sistema respiratório de pacientes com SARA induzida pela COVID-19. A utilização da PP mostrou-se fortemente aplicável para melhorar a relação ventilação/perfusão, existe uma falta de uniformidade no quadro clínico dos pacientes com SARA induzida pela COVID-19, propõe-se que exista duas classes correspondentes a elastância, capacidade de recrutamento e peso pulmonar, peso da perfusão pulmonar (V/Q) e relação ventilação pulmonar/pulmão sendo elas: L (baixo valores) e H (alto valores), sendo o tipo H o mais correspondente com a SARA. O estudo foi concluído afirmando que colocar pacientes com SARA em DV melhora o prognóstico e diminui a mortalidade, considerou-se que seria interessante mais estudos para a aplicação da PP em pacientes menos críticos que estejam acordados em respiração espontânea.

No estudo transversal realizado por Righi et al. (2022), profissionais da área da saúde que trabalham nos hospitais do Brasil foram convidados a responder um questionário online com 16 perguntas referentes a aplicação da PP, 455 profissionais responderam ao questionário, 386 responderam que utilizam rotineiramente a PP, 374 consideram que a utilização da PP reduz o quadro de hipoxemia, 289 consideram que essa manobra reduz a mortalidade de pacientes com SARA induzida pela COVID-19. Concluiu-se com esse estudo que a maioria dos profissionais da saúde brasileiros utilizam a PP e a consideram benéfica na redução da mortalidade e hipoxemia.

Fernandes et al. (2023) realizou um estudo transversal e descritivo com fisioterapeutas das UTIs de hospitais privados e públicos, 102 profissionais responderam ao questionário que tinha como objetivo saber quais manobras de proteção ventilatória eram utilizadas e quais eram mais difundidas. 66 fisioterapeutas que corresponde a 64,7% dos participantes consideram a PP uma das principais estratégias quando se fala em proteção ventilatória, descreveram que os objetivos principais que querem alcançar com a técnica é: melhorar a complacência, a relação ventilação/perfusão, oxigenação e prevenir outras complicações. Concluiu-se que a

PP se enquadra como uma das principais estratégias de proteção ventilatória, sugere-se que sejam realizados mais estudos para aprimorar os fisioterapeutas intensivistas.

Guerín et al. (2020) realizou uma revisão de literatura de caráter exploratório com objetivo de listar porque, quando e como a PP deve ser aplicada em pacientes com SARA, discutiu-se que a posição prona deveria ser aplicada em pacientes com SARA para melhorar a oxigenação e reduzir a mortalidade, o tempo de duração do DV é discutido ainda porque se leva em conta a mecânica pulmonar e o monitoramento multimodal podendo variar de um paciente para o outro. Durante a pandemia da COVID-19 a posição prona foi fortemente utilizada em pacientes que apresentavam SARA, estudos apontam a utilização da PP em paciente antes de serem entubados potencializa a melhora e diminui os riscos e declínio do quadro clínico.

No estudo realizado por Mantilla, Tirado (2020) teve como objetivo relatar a utilização da PP em pacientes com SARS COV-2 que não utilizam ventilação mecânica invasiva, sendo muito difundida em pacientes com SARA grave e moderada a PP ganhou destaque como manobra de proteção e recuperação pulmonar, o mecanismo fisiopatológico do DV mostra que a um maior recrutamento pulmonar melhorando as trocas gasosas, desta forma a manobra é bem vista como um recurso a ser utilizado para que não ocorra a intubação dos pacientes com SARA leve.

Naranjo et al. (2021) realizou uma revisão de literatura com o objetivo de descrever atualizações referentes a utilização da PP em pacientes com SARA pela COVID-19, o estudo conclui que a utilização da PP é benéfica sendo utilizada tanto em paciente entubado quanto em pacientes em ar ambiente, recomendou-se que mais estudos sejam feitos para padronizar a utilização da posição de prona desta forma ser eficiente e minimizar os efeitos deletérios da SARA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se então que a Síndrome da angústia respiratória aguda é um conjunto de fatores que juntos são nomeados de SARA, esses fatores são: hipoxemia refratária, diminuição da complacência pulmonar, insuficiência respiratória, entre outros. A Sara atinge principalmente o pulmão causando lesões no parênquima pulmonar possibilitando a infiltração de fluidos e sangue para dentro dos alvéolos, essa infiltração causa IRpA, hipoxemia e dificulta as trocas gasosas.

A PP é muito utilizada nas UTIs já que é elencada como um dos principais recursos de proteção respiratória, os profissionais fisioterapeutas desempenham papel muito importante na realização desta técnica juntamente de uma equipe multidisciplinar, é recomendada a aplicação da técnica nas primeiras 48 de preferência nas 24 horas iniciais que o paciente a apresentar SARA.

É utilizada em pacientes com SARA moderada á grave que estão fazendo o uso da VM, porém essa técnica também se mostra eficaz em casos de SARA leve onde o paciente não utiliza VM ajudando na melhora do quadro clínico. Existe algumas contra indicações que devem ser levadas em conta, as principais são: esternotomia recente, fratura pélvica, arritmia aguda grave, fratura vertebral, entre outros, nestes casos a PP apresenta risco para o paciente porque pode piorar suas condições clínicas.

Para que seja efetiva é necessário que a equipe responsável esteja preparada e conheça a técnica a ser aplicada, deve se manter o paciente de 12 à 16 em DV, durante esse período serão realizadas gasometrias para saber como o sistema respiratório está reagindo, cuidados com a mudança de posição dos membros superiores, membros inferiores e cabeça devem ser tomadas a cada 2 horas para evitar ulcerações nas regiões de contanto com a maca.

A Posição Prona é indispensável neste cenário, podemos concluir que ela utiliza da gravidade para melhorar as trocas gasosas, possibilitando entrada de ar dentro dos alvéolos colabados, drenagem dos fluídos acumulados e aumento da complacência pulmonar, melhorando o quadro clínico possibilitando uma recuperação rápida, diminuindo os efeitos deletérios causados pela SARA.

REFERÊNCIAS

Borges, Daniel Lago; Rapaello, Gabriel Victor Guimarães; Deponti, Gracieli Nadalon; Andrade, Flávio Maciel Dias De. Posição prona no tratamento da insuficiência respiratória aguda na COVID-19*. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2020 Ago;11(Supl 1):111-120. Disponível em: <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.011>. Acesso em: 3 out. 2023.

Britto, Raquel rodrigues; Brant, Tereza Cristina Silva; Parreira, Veronica Franco. Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória (2ª ed.). **Editora manole Ltda**, p. 208.

Carvalho, Mercedes. Fisioterapia Respiratória: fundamentos e contribuições (5ª ed.). Livro, Copyright 2001 by **livraria e editora RevinteR Ltda**, p. 355, Rio de Janeiro/RJ.

Casarin, Sidnéia Tessmer; Porto, Adrize Rutz; Gabatz, Ruth Irmgard Bartschi; Bonow, Clarice Alves; Ribeiro, Juliane Portella; Mota, Marina Soares. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health/Types of literature review: considerations of the editors of the Journal of Nursing and Health. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924/11996>. Acesso em: 2 out. 2023.

Cavalcante, Romenia Nogueira; De Souza, Karla Camila; Nonato, Dayanne Terra Tenório; Craveiro, Raquel Magalhães Castelo Branco. Evidence on the role of the physiotherapist in the clinical and functional management of patients on mechanical ventilation for acute respiratory failure secondary to COVID. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 8545- 8565 mar./apr. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Jhuliana/Downloads/admin,+BJHR+372.pdf>. Acesso em: 2 out. 2023.

COFFITO. Resolução nº. 402/2011 – disciplina a especialidade profissional fisioterapia em terapia intensiva e dá outras providências. **Conselho de fisioterapia e terapia ocupacional**, Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3165>. Acesso em: 10 out. 2023.

Correa, Denise Freire; Gardenghi, Giulliano. Posição prona: primeira escolha para tratamento da síndrome da angústia respiratória aguda. Artigo de revisão, faculdade CEAFI, PUC Goiás, 2019. Disponível em: <https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/12/POSI%C3%87%C3%83O-PRONA-PRIMEIRA-ESCOLHA-PARA-TRATAMENTO-DA-S%C3%8DNDROME-DA-ANG%C3%9ASTIA-RESPIRAT%C3%93RIA-AGUDA.pdf>. Acesso em: 3 out. 2023.

Costa, David Alves Da. Síndrome de dificuldade respiratória aguda – ARDS. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto**, 2020, Porto/PT. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128219/2/411093.pdf>. Acesso em: 23 set. 2023.

Cruz, Mônica R; Zamora, Victor E C. Ventilação mecânica não invasiva. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2013;12(3):92-101doi:10.12957/rhupe.2013.7535. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7535>. Acesso em: 2 out. 2023.

Dalmedico, Michel; Ramos, Debora; Hinata, Paula; Alves, Waleska; Carvalho, Chayane; Avila, Juliana. Posição prona e oxigenação por membrana extracorpórea na síndrome do desconforto respiratório agudo. **Fisioter. Mov., Curitiba, v. 32, 2019, Licensed under a Creative Commons attribution**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502019000100227&lang=pt . Acesso em: 02 de abril. 2023.

De Almeida, Henrique Alves; Sousa, Ana Vitória de Sá; Faleiro, Lucas Freitas; Junior, Wilson Martins De Souza; Teixeira, Daniel Fornanciar; De Oliveira, Bruna Ferreira; Ferreira, Letícia Jacobowski; Souza, Adrielly Matos; Leite, Cleber Queiroz. Síndrome da angústia respiratória aguda: uma revisão bibliográfica. **Revista foco, [S. l.], v. 16, n. 6, p. e2481, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n6-192**. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2481> . Acesso em: 23 sep. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Núcleo de Protocolos Multiprofissionais. **Protocolo multiprofissional: intubação traqueal no caso suspeito ou confirmado de Covid 19**. Uberaba-MG, 2020. 18p. Disponível em: <https://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+Intuba%C3%A7%C3%A3o+coronavirus+publicado.pdf/e57011ed-305d-4580-b91b-f9836b47057> . Acesso em: 10 out. 2023.

Fernandes, Erika Dos Santos; Ramos, Taynara Rodrigues; Almeida, Taynara Sônia De Freitas; Sánchez, Artur Paiva Dos Santos; Moraes, Marcos César Silva De; Viana, Márcia Cardinale Correia. Ventilação protetora na Síndrome do desconforto respiratório agudo causada pela COVID-19: o manejo do fisioterapeuta. **J. Health Biol Sci. 2023;11(1):1-7. Fortaleza/Ceara**. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/4463/1723>. Acesso em: 6 set. 2023.

Fu, Carolina. Terapia intensiva: avanços e atualizações na atuação do fisioterapeuta. **Editorial • fisioter. Pesqui. 25 (3) • jul-sep 2018**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/00000025032018>. Acesso em: 10 out. 2023.

Furtado, Marcos Vinicius Da Conceição; Costa, Augusto Cezar Ferraz Da; Silva, Jamile Corrêa; Amaral, Claudio Alves Do; Nascimento, Priscila Glória Diogo Do; Marques, Leticia Maués; Prazeres, Jhensela Silva Dos; Moraes, Ramon Moraes De. Atuação da fisioterapia na UTI. **Braz. J. Hea. Rev, Curitiba, v. 3, n. 6, p.16335-16349. nov./dez.2020** Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/19928/15966>. Acesso em: 10 out. 2023.

Ghiggi, Karine Cristina; Almeida, Guilherme Brandão; Audino, Lazaro Fagundes. Ventilação mecânica. **Vittalle –Revista de Ciências da Saúde v. 32, n. 1 (2020)**

173-184, Rio grande do sul. Disponível em:
<https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i1.11579>. Acesso em: 2 out. 2023.

Guérin, Claude; Albert, Ricardo K.; Beitler, Jeremy; Gattinoni, Luciano; Jaber, Samir; Marini, João J.; Munshi, Leveena; Papaziano, Laurent; Pesenti, Antonio; Baron, Antonie Vieillard; Mancebo, Jordi. Prone position in patients with ARDS: why, when, how and for whom. **Medicina intensiva**, Dezembro de 2020;46(12):2385-2396. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33169218/>. Acesso em: 6 set. 2023.

Holanda, Marcelo Alcantara; Pinheiro, Bruno Valle. Pandemia por COVID-19 e ventilação mecânica: enfrentando o presente, desenhando o futuro. **J Bras Pneumol**. 2020;46(4):e20200282, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20200282>. Acesso em: 02 out. 2023.

Kacmarek, Robert M.; Wilkins, Robert L.; Stoller, James K. Egan: fundamentos da terapia respiratória (9ª ed.). v. 2. **Rio de Janeiro: Elsevier**, 2009, 956 p.

Leite, Bianca Pereira; Isidório, Ubiraídys De Andrade; De Souza, Kamilla Zenóbya Ferreira Nóbrega; De Lima, Maria Alice Vieira Melo; De Lima, Andreza Alvega; Moreira, Bruno Galdino; De Sá, Francisco Guilherme Leite Linhares; De Assis, Elisangela Vilar; Melo, Marta Lígia Vieira. A Posição Prona e seus benefícios no tratamento da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo: uma revisão integrativa. **Journal of Education Science and Health**, [S. l.], v. 2, n. 2, 2022. DOI: 10.52832/jesh.v2i2.104. Disponível em: <https://bio10publicacao.com.br/jesh/article/view/1-10>. Acesso em: 2 out. 2023.

Lima, Márcia Milena Da Costa; Scansetti, Gustavo; Silveira, Jaqueline. O uso prona em pacientes acometidos com síndrome do desconforto respiratório agudo grave (SDRA): Secundária a patologia do COVID-19. **Revista do fisioterapeuta**- ano 2021 – V.20 – N.20 -p 20. Disponível em: <https://revistadofisioterapeuta.com.br/revistadown/prona-em-pacientes-21.pdf>. Acesso em: 2 out. 2023.

Lyons, Virginia T. Netter anatomia sistêmica essencial. 1ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, **editora Guanabara Koogan LTDA**, 2023, 354 p. Disponível em: [https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159693/epubcfi/6/10\[%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright\]!/4/50/1:0\[%2CMer\]](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159693/epubcfi/6/10[%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright]!/4/50/1:0[%2CMer]). Acessado em: 23 set. 2023.

Mantilla, Claudia Lizeth Uriol; Tirado, Ventilación espontánea en decubito prono en pacientes con infección por SARS Cov-2 sin ventilación mecánica invasiva. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 13(4) 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v13n4/2227-4731-rcmhnaaa-13-04-446.pdf>. Acesso em: 6 set. 2023.

Martins, Mario Rodrigues Setubal Vieira. Síndrome da Angústia Respiratória Aguda: **Revisão sistemática de guidelines e proposição de protocolo institucional para o Instituto de Infectologia Emílio Ribas**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103523> . Acesso em: 02 de abril. 2023.

Mello, Dirceu Raposo De. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Agência nacional de vigilância sanitária**, sistema de legislação a saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 4 out. 2023.

Moghadam, Vahid Damanpak; Shafiee, Hamed; Ghorbani, Maryam; Heidarifar, Reza. Prone positioning in management of COVID-19 hospitalized patients. **Brazilian journal of anesthesiology** (Elsevier), 70(2), 188–190. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.05.001>. Acesso em: 10 out. 2023.

Naranjo, Arian Jesús Cuba. Remón, Ariel Sosa; Yero, Yudiel Pérez; Romero, David Lorient. Prone positioning ventilation in acute respiratory distress in adults due to the SARS CoV-2 virus. *Multimed vol.25 no.5 Granma sept.-oct. 2021 Epub 20-Oct-2021*. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000500013. Acesso em: 6 set. 2023.

Net, Álvaro; Benito, Salvador. *Ventilação mecânica* (3ª ed). Copyright 2002 by **livraria e editora RevinteR Ltda**, p. 422, Rio de Janeiro/RJ.

Oliveira, Roselaine Pinheiro De; Teixeira, Cassiano; Rosa, Régis Goulart. Síndrome do desconforto respiratório agudo: como estão os pacientes após a unidade de terapia intensiva?. Artigos de revisão, **Rev. bras. ter. intensiva** **31 (4)** • Oct-Dec 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190074>. Acesso em: 02 out. 2023.

OLIVEIRA, Vanessa Martins et al. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev. bras. ter. intensiva [online]**. 2017, vol.29, n.2, pp.131-141. Disponível em: https://accamargo.org.br/sites/default/files/2020/09/covid-19/uti-protocolo-de-posicao-prona_2020_04_22_v1.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

Parasque, Roberta. Sistema respiratório. **Departamento De Ciências Da Saúde - Laboratório de Anatomia Humana Prof. Valdenir Jose Belinelo**. São Mateus/ES, [2019?]. Disponível em: https://citogenetica.ufes.br/sites/nupea.saomateus.ufes.br/files/field/anexo/resumo_sistema_respiratorio.docx.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Parry, Denis Carvalho; Gaudard, Ana Marcia Lunas Salles; Barbosa, Paulo Victor Rabelo. Uso da posição prona nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório adulto. **Revista educação em saúde** 2020;8 (1): 199-210. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4431/3276>. Acesso em: 6 set. 2023.

Pereira, Érika Rezende; Rodrigues, Beatriz Regina Fernandes; Gomes, Estefanny Santos; Franco, Fabiana Santos; Silveira, Luciana Aparecida Guerra. Importância da fisioterapia frente a pandemia provada pelo coronavírus. *Brazilian Journal of*

Development, 2021. Disponível em:
file:///C:/Users/Jhuliana/Downloads/admin,+612.pdf Acesso em: 15 out. 2023.

Pereira, Nathyele Souza; Dias, Ludmilla Ramos; Patrício, Diego Silva. Posição prona em pacientes com síndrome da angústia respiratória aguda acusada pelo coronavírus: Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, BA, volume10, número2, agosto de 2022. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/1505/1097>. Acesso em: 3 out. 2023.

Perón, José Miguel Rodríguez; Izquierdo, Mario Miguel Rodríguez. Posicionamiento prono en el soporte ventilatorio invasivo del síndrome de dificultad respiratoria aguda por COVID-19. **Rev Cubana Invest Bioméd** vol.40 supl.1 Ciudad de la Habana 2021 Epub 01-Mar-2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000200016. Acesso em: 6 set. 2023.

Pires, Carlos Henrique De Oliveira. Aspectos normativos para ensaio de desempenho de ventiladores pulmonares. **Repositório institucional, TCC (graduação)**. Universidade federal de Santa Catarina, Centro tecnológico, engenharia eletrônica, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/237923>. Acessado em: 02 out. 2023.

Ribeiro, Bárbara Caroline Oliveira; Souza, Rafael Gomes De; Silva, Rodrigo Marques Da. A importância da educação contínua e educação permanente em unidade de terapia intensiva- revisão de literatura. *Rev Inic Cient Ext [Internet]*. 16º de agosto de 2019. Disponível em: <https://revistasfasesenaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/253>. Acesso em: 4 out. 2023.

Righi, Natiele camponogara; Plentz, Rodrigo Della Méa; Marchi, Pamela Thaise Rosa De Passuelo De ;Brambatti, Kaciane Roberta; Garlet, Andrieli Barbieri; Mesquita, Jean; Oliveira, Andrea Passuelo De; Schardong, Jociane. Perception of health professionals on the prone position as a therapeutic strategy for patients with COVID-19. **Fisioterapia E Pesquisa**, 29(2), 176–180. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/GRsDkMyhC4zpL7VTtnhyn7N/#>. Acesso em: 6 set. 2023.

Santos, Bruna Carolyne Cavalcante; Lima, Dara Laís de.; Alves, Gabriel Muller da Silva; Mello, Leonardo Phellipe Ezequiel de.; Vaz, Maria Vitória da Silva; Rocha, Raquel Sousa; Souza, Iara Tainá Cordeiro De. Perfil epidemiológico dos óbitos por síndrome do desconforto respiratório agudo no Brasil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]**, v. 7, pág. e0812742479, 2023. DOI: 10.33448/rsd v12i7.42479. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42479>. Acesso em: 23 set. 2023.

Souza, Matheus Jamberci Da Silva; Guimarães, João Eduardo Viana; Martins, Maria Eduarda Bueno; Arantes, Ana Paula Felix. Uso da posição prona no tratamento de pacientes críticos com síndrome da angústia respiratória aguda. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v.2 2022/02 ISSN 2178-6925. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/943/919>. Acesso em: 2 out. 2023.

Souza, Michelle Campano; Sefarini, Gabriele Maria Callegaro; Cruz, Fernando Silvério Ferreira. Síndrome da angústia respiratória aguda. **Ciência Animal**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 124–134, 2019. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/cienciaanimal/article/view/9789>. Acesso em: 10 maio. 2023.

ANEXOS

ANEXO A – RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO



DISCENTE: Jhuliana Rosa dos Santos

CURSO: Fisioterapia

DATA DE ANÁLISE: 11.10.2023

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **2,32%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [△](#)

Suspeitas confirmadas: **2,18%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [△](#)

Texto analisado: **94,08%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.8.5
quarta-feira, 11 de outubro de 2023 20:55

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **JHULIANA ROSA DOS SANTOS**, n. de matrícula **39269**, do curso de Fisioterapia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 2,32%. Devendo a aluna realizar as correções necessárias.

Documento assinado digitalmente
gov.br HERTA MARIA DE AÇUCENA DO NASCIMENTO S/
Data: 13/10/2023 10:54:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA