

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

PRONAÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO

Versão: 3 | 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS MULTIPROFISSIONAIS

MURILO ANTONIO ROCHA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Thaís Santos Guerra Stacciarini, Divisão de Enfermagem

Victoria Gabrielle Tiago Oliveira, Programa de Residência Multiprofissional

VALIDAÇÃO

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

Thaís Santos Guerra Stacciarini, Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 2/2/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-CPAM.011

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, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



SUMÁRIO

1.	OBJETIVOS.....	4
2.	JUSTIFICATIVA.....	4
3.	POPULAÇÃO-ALVO.....	4
4.	CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DA PRONAÇÃO	4
5.	CRITÉRIOS PARA CONTRAINDICAÇÃO DA PRONAÇÃO.....	5
6.	EVENTOS ADVERSOS DA PRONAÇÃO.....	5
7.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	6
8.	NORMAS.....	7
9.	PLANO DE PRONAÇÃO SEGURA.....	8
	MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PLANO DE PRONAÇÃO.....	15
10.	REFERÊNCIAS	16
11.	HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO	17
12.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	17
	APÊNDICES	18
	A - <i>Checklist</i> de pronação segura (frente)	18
	B - <i>Checklist</i> de reposicionamento em supina segura (verso).....	19

1. OBJETIVOS

- Identificar os casos elegíveis para a realização da terapêutica de pronação em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA).
- Definir a equipe interprofissional e as suas competências/responsabilidades.
- Estabelecer um plano de pronação segura.
- Dar suporte teórico e operacional às capacitações em educação permanente.
- Disponibilizar *checklist* de pronação segura.

2. JUSTIFICATIVA

A SDRA é uma condição clínica caracterizada por lesão pulmonar difusa aguda com desenvolvimento de edema intersticial e alveolar, com diminuição da complacência pulmonar e com hipoxemia refratária à administração de oxigênio. Está associada a variadas etiologias, podendo ser de origem pulmonar e extrapulmonar. O posicionamento do paciente em prona - decúbito ventral - é uma estratégia terapêutica para melhorar a relação ventilação/perfusão e a oxigenação arterial, por meio do recrutamento alveolar de áreas atelectasiadas, sem que ocorra a hiperdistensão de regiões já recrutadas, utilizando-se dos efeitos da gravidade nas pressões transpulmonares e do reposicionamento do coração no tórax.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Pacientes adultos hospitalizados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) com SDRA.

4. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DA PRONAÇÃO

Pacientes com SDRA com relação pressão arterial de oxigênio e fração inspirada de oxigênio (PaO_2/FiO_2) < 150 mmHg e com hipoxemia refratária persistente com PEEP ideal calculada > 10 cmH₂O e FiO_2 > 60% em 12 horas de estratégia ventilatória protetora (pressão de distensão alveolar ≤ 15 cmH₂O; pressão de platô < 30 cmH₂O; volume corrente de 4-6mL/Kg de peso ideal), que não se enquadrem aos critérios de contraindicação absoluta.

Nos pacientes elegíveis, é indicado que o procedimento terapêutico de posicionamento em prona seja iniciado nas primeiras 12-24 horas de ventilação mecânica e, depois de adotada, seja mantida por 16 a 20 horas, dentro de um prazo de até 48 horas de ventilação mecânica, caso seja indicada nova sessão e não haja intercorrências.

5. CRITÉRIOS PARA CONTRAINDICAÇÃO DA PRONAÇÃO

Absolutas

- ✓ Arritmias graves agudas
- ✓ Fratura pélvica
- ✓ Hipertensão intracraniana
- ✓ Instabilidade da coluna vertebral
- ✓ Esternotomia recente (< 15 dias)
- ✓ Peritoneostomia
- ✓ Instabilidade hemodinâmica, com pressão arterial média < 65 mmHg e necessidade de doses progressivas de vasopressor

Relativas

- ✓ Traqueostomia dentro das 24 horas anteriores.
- ✓ Fístula broncopleurálica
- ✓ Hemoptise maciça/Hemorragia pulmonar
- ✓ Implante de marcapasso nos últimos 2 dias
- ✓ Balão intra-aórtico
- ✓ Peso superior a 135 kg
- ✓ Pressão intra-abdominal > 20 mmHg
- ✓ Cirurgia oftálmica/aumento de pressão intraocular
- ✓ Gestaçã
- ✓ Ferimentos de face (<15 dias)
- ✓ Trombose venosa profunda há menos de 2 dias
- ✓ Lesões graves na parede torácica e Estoma intestinal
- ✓ Parada cardiorrespiratória recente

6. EVENTOS ADVERSOS DA PRONAÇÃO

- ✓ Edema de face, de membros e de tórax
- ✓ Lesão por pressão
- ✓ Lesões oculares (compressão de nervos e vasos retinianos e ressecamento de córnea)
- ✓ Deiscência de ferida operatória
- ✓ Intolerância à dieta
- ✓ Instabilidade hemodinâmica sustentada
- ✓ Arritmias agudas
- ✓ Necessidade de maior sedação ou bloqueio neuromuscular
- ✓ Trombose venosa profunda
- ✓ Extubação traqueal acidental
- ✓ Deslocamento e obstrução do tubo traqueal
- ✓ Tração e obstrução de dispositivos invasivos (enteral; vesical; vascular; drenos)
- ✓ Lesão de plexo braquial
- ✓ Dessaturação sustentada (queda de 10% da saturação basal)
- ✓ Parada cardiorrespiratória
- ✓ Hipotensão transitória

7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Equipe Interprofissional

- Ter conhecimento atualizado e habilidades na execução da manobra de pronação e nos cuidados para prevenção de possíveis eventos adversos.
- Não possuir limitações/restrições físicas.
- Ter conhecimento atualizado, experiência e destreza no uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), em suporte avançado de vida e no manejo ao paciente grave.
- Desempenhar as tarefas em equipe, respeitando as competências legais.
- Participar do Round interprofissional no início de cada plantão, como recurso para favorecer o planejamento assistencial e a comunicação efetiva entre os membros da equipe.
- Notificar quaisquer eventos adversos no sistema Vigihosp.

Enfermagem (Enfermeiro-E-/Técnico de Enfermagem -TE

- Definir a equipe de enfermagem (E).
- Definir o plano de intervenção de enfermagem (E).
- Implementar cuidados com a dieta e com o cateter enteral.
- Implementar cuidados com as medicações e sistema infusional.
- Implementar cuidados com a fixação dos dispositivos invasivos (tubo traqueal, cateteres vascular, enteral e vesical e drenos) e curativos.
- Implementar cuidados com sistema de aspiração e de oxigenação.
- Implementar cuidados com a monitorização hemodinâmica e respiratória.
- Implementar cuidados com a mobilização e com a pele.
- Providenciar carro de emergência e desfibrilador bifásico.
- Providenciar material de intubação traqueal, se extubação traqueal acidental.

Fisioterapeuta (Fisio)

- Providenciar/Participar da confecção dos coxins para apoio da face, tórax, pelve e pernas.
- Verificar a pressão do *cuff* do tubo traqueal.
- Checar/Reforçar a fixação do tubo traqueal.
- Registrar a marcação de posicionamento do tubo traqueal na comissura labial.
- Instalar/Checar o sistema de aspiração em sistema aberto/fechado e de oxigenação.

Médico

- Definir os casos elegíveis para a indicação de pronação.
- Estabelecer o tempo de pronação e a indicação de nova sessão.
- Liderar a equipe na execução da manobra de pronação.
- Avaliar a necessidade de ajustes na sedação e na curarização.

- Proteger o tubo traqueal e o cateter venoso central durante a manobra de pronação.

8. NORMAS

- Os profissionais de saúde deverão adotar medidas de precaução condizentes com as indicadas ao paciente durante os cuidados e a manobra de pronação.
 - ✓ No caso de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado por síndromes respiratórias, os profissionais de saúde deverão adotar medidas de precaução por contato e por aerossóis, pelos riscos de extubação traqueal e de parada cardiorrespiratória. Os EPI obrigatórios são: máscara PFF2 (N 95); avental descartável manga longa e punho (estrutura impermeável e gramatura ≥ 50 gm²); gorro; luvas de procedimento e óculos de proteção ou Protetor Facial (Face Shield).
- A Equipe assistencial mínima para atuação na manobra de pronação do paciente crítico, considerando o número, categoria profissional, função e posicionamento, é:

Quadro 1. Descrição do número, função e categoria profissional para a manobra de pronação

Número	Categoria Profissional	Função
1	Médico (líder)	Manobra de pronação
1	Enfermeiro	
1	Fisioterapeuta	
2	Técnico de enfermagem	
1	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Condução do <i>checklist</i>
Total 6*		

* Se paciente com dreno de tórax, recomendado mais um profissional.

* Se paciente obeso, avaliar a necessidade de mais 2 profissionais.

- ✓ No caso de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado por Covid-19, é recomendado dois profissionais de enfermagem para compor o Time Assistencial de Retaguarda, para atuação fora do quarto/unidade de isolamento, com o desempenho nas atividades de apoio/suporte.

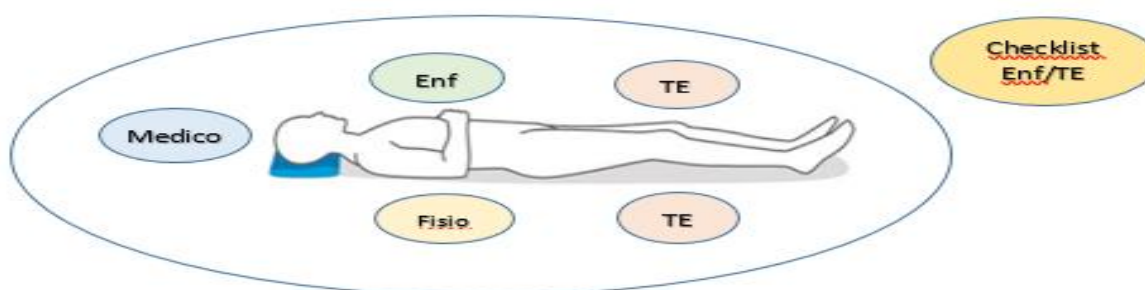


Imagem 1. Composição e posição da equipe assistencial na manobra de pronação

- Utilizar o *checklist* como guia para implementação do plano de pronação segura (APÊNDICES A e B).

9. PLANO DE PRONAÇÃO SEGURA

Fase 1. Planejamento da Pronação Segura

- Definir a equipe e suas atribuições para a realização da manobra de pronação.
- Definir um plano de prevenção e de redução de possíveis eventos adversos/complicações.
- Avaliar a necessidade de ajustes na analgesia, sedação e na curarização.
- Analisar a necessidade de se estabelecer acesso arterial invasivo, para monitorização da pressão arterial e para coleta de amostras de sangue.
- Estabelecer os momentos para coleta de amostra de sangue arterial para controle gasométrico (Quadro 2).

Quadro 2. Momentos para coleta de amostra de sangue arterial para análise de gasometria

Momentos para coleta de amostra de sangue arterial			
Preparo	Pós-prona	Manutenção de prona	Supina
1 hora antes da manobra de pronação	1 hora após a manobra de pronação	6 horas após a manobra de pronação	4 horas de posição supina, após a pronação
		1 hora antes de retornar à posição supina	
Indicação: Estabelecer parâmetros para avaliar a evolução	Indicação: Reajuste do ventilador mecânico	Indicação: Avaliar resposta ao tratamento	Indicação: Avaliar necessidade de continuidade da pronação

Fase 2. Preparação para a Pronação Segura

(Equipe Paramentada)

- Pausar a dieta e colocar o cateter enteral em drenagem 2 horas antes da manobra de pronação.
- Checar o carro de emergência e o desfibrilador e deixá-los próximos ao local do procedimento.
- Providenciar acesso arterial invasivo.
- Checar o posicionamento do cateter entérico pós-pilórico (Raio-X de abdome).
- Prescrever pró-cinético fixo.
- Checar a funcionalidade do sistema de aspiração.
- Ajustar a medicação analgosedação, se prescrita pelo médico.
- Providenciar os coxins (tórax; pelve; face; mãos; pernas; pés).
- Reunir materiais a depender: lençol (3); seringas; agulhas; tampinhas/oclusores; extensores; esparadrapo; saco coletor (2); cateter de aspiração; bolsa-válvula-máscara; gazes; lubrificante oftalmológico; frascos de soro fisiológico (SF) 0,9% de 10 mL; algodão; álcool 70%; fralda descartável; cuffômetro; placas de hidrocoloide.
- Reunir/Preparar material para intubação traqueal (se extubação traqueal acidental).
- Coletar amostra de sangue arterial, para análise de gasometria, uma hora antes da pronação.

Fase 3. Execução da Manobra de Pronação

(Equipe Paramentada)

Parte 1. Pré-manobra

- Pré-oxigenar (ajustar parâmetro de FiO₂ para 100%, por 10 minutos)
- Implementar cuidados oculares (higienizar com SF 0,9%; lubrificar; fechar as pálpebras e proteger com curativo), para prevenir ressecamento e lesões.
- Fixar placas de hidrocoloides em regiões com proeminências ósseas: face (região zigomática); clavículas; crista ilíaca; joelhos (patela e pretibial).
- Desprezar a diurese da bolsa coletora do sistema fechado.
- Clampar cateteres e drenos (exceto o dreno de tórax) e posicioná-los entre as pernas ou entre o braço e o tórax (a depender da posição).
- Posicionar a genitália masculina entre as pernas.
- Instalar/preparar o sistema de aspiração e de oxigenação.
- Aspirar as vias aéreas inferiores e superiores.
- Verificar/ajustar a pressão do balonete com o cufômetro na medida de 25-30 cmH₂O.
- Checar/trocar/reforçar a fixação dos dispositivos invasivos (tubo traqueal; cateteres vascular, enteral, vesical e drenos) e curativos.
- Registrar a marcação do tubo traqueal na comissura labial.
- Verificar sinais vitais e parâmetros do ventilador (registrar).
- Retirar a monitorização. Manter o oxímetro de pulso.
- Retirar os eletrodos do tórax anterior fixados à pele.
- Manter os circuitos do ventilador mecânico livres.
- Fechar e desconectar o sistema da pressão arterial invasiva (PAI).
- Verificar se está adequado o comprimento da linha infusional e dos circuitos do ventilador.
- Pausar infusões (exceto a do vasopressor) e desconectar os equipamentos do cateter venoso.
- Posicionar a cama em posição plana (0°).
- Checar se a cama está em um nível de altura adequado a todos os profissionais e com as rodas travadas.
- Alinhar os membros ao longo do corpo.
- Posicionar os coxins/travesseiro sobre a pelve e o tórax.
- Posicionar o lençol móvel (travessão) sobre o abdome e quadril do paciente.
- Cobrir o paciente com outro lençol, deixando a cabeça e os pés livres.

Conduzir *checklist* de PRONAÇÃO SEGURA (Preparação e Execução Pré-Manobra)
(Ao término dos cuidados pré-manobra)



Parte 2. Manobra

- Unir as extremidades laterais dos lençóis - o de cobertura da cama, o travessão e o lençol de cima e enrolá-los mais próximo possível do corpo do paciente (Técnica do Envelope).
- Realizar a manobra do giro em três movimentos ao comando do profissional médico que está na cabeceira da cama:
 - ✓ desloca o paciente para o lado do acesso venoso central.
 - ✓ lateraliza o paciente. Equipe troca de posição das mãos em relação a borda enrolada do lençol.
 - ✓ gira o paciente para posição prona, centralizando-o no leito.

Parte 3. Pós-Manobra

- Checar o posicionamento do tubo traqueal (ausculta pulmonar, marcação de comissura labial e leitura de capnografia). Não indicado a realização de Raio-X de tórax na posição prona.
- Reiniciar a infusão das medicações pausadas.
- Verificar/ajustar a pressão do balonete com o cuffômetro na medida de 25-30 cmH₂O.
- Posicionar os eletrodos no dorso do paciente e monitorizá-lo.
- Reposicionar o sistema da pressão arterial invasiva; nivelar o diafragma do transdutor e calibrar o sistema.
- Ajustar os coxins de pelve e do tórax anterior, garantindo abdome livre.
- Posicionar coxins/travesseiro na face, mão e região anterior das pernas.
- Posicionar os braços em nadador (um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, com rosto virado para o braço fletido), para evitar a lesão do plexo braquial.
- Ajustar todos os drenos, tubos e cateteres quanto às conexões e funções.
- Posicionar a cama em proclive (trendelemburg reverso), para redução do risco de aspiração.
- Ajustar os lençóis bem esticados no leito.
- Cobrir o paciente com um lençol limpo, substituindo o que o cobria o leito enquanto encontrava-se em posição supina.

Retorno à posição supina precocemente, se:

- Deterioração respiratória aguda após a manobra (queda de SpO₂ < 10% da basal e/ou dessaturação <85% com FiO₂ a 100% ou PaO₂ < 55 mmHg com FiO₂ de 100%) e queda da pressão arterial sistólica para valores < 60 mmHg, mantidas por cinco (5) minutos.
- Queda da frequência cardíaca para valores < 30 bpm, mantida por um (1) minuto.
- Complicações do procedimento (extubação acidental; hemoptise; instabilidade hemodinâmica progressiva; arritmias graves).

SE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, REANIMAR O PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA!



Fonte: Arquivo do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE)

Foto 1. Paciente simulado em posição prona

Conduzir *checklist* de PRONAÇÃO SEGURA (Pós-manobra)



(Ao término dos cuidados pós-manobra, com orientação para os cuidados na fase de manutenção)

Fase 4. Manutenção da Pronação

(Equipe Paramentada)

- Monitorizar o paciente continuamente (pressão arterial; frequência cardíaca - FC; temperatura corporal; saturação de oxigênio; capnografia e outros parâmetros ventilatórios).
- Reiniciar a dieta enteral uma (1) hora após a pronação à 30 mL/hora ou conforme avaliação médica. Se tolerância à dieta, 40 mL/h após 6 horas e 50 mL/h após 12 horas de prona.
- Coletar amostra de sangue arterial para análise de gasometria após uma 1 hora e 6 horas da manobra de pronação, para avaliar resposta positiva (aumento na relação PaO_2/FiO_2 de 20% ou um incremento na PaO_2 de 10 mmHg da basal na posição supina). Se resposta negativa, retornar à posição supina.
- Higienizar e aplicar lubrificante oftálmico prescrito a cada 6 horas.
- Alternar o posicionamento dos braços e da cabeça a cada 2 horas, para evitar a lesão do plexo braquial e lesões por pressão em face e orelha, respectivamente.
- Promover pequenas mudanças de posição e avaliar as condições da pele, principalmente em pontos de maior pressão, a cada 2 horas (Imagem 2). Atentar também para a região mamária, principalmente em mulheres com prótese, e para genitália masculina.

- Monitorar regularmente a tensão das fixações de dispositivos invasivos e avaliar a pele sob os mesmos e ao redor.
- Manter a pele sem umidade. Gerenciar a umidade do rosto por meio de aspiração de secreção oral e nasal e posicionamento de fralda absorvente sob a face, trocando-a sempre que estiver úmida.
- Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados.
- Adotar as recomendações para prevenção de lesão por pressão descritas no protocolo multiprofissional “Prevenção e tratamento de lesão por pressão”, link nas referências.
- Coletar amostra de sangue arterial, para análise de gasometria, uma (1) hora antes de retornar à posição supina.
- Realizar os registros de controle dos parâmetros de resposta ventilatória no checklist de pronação segura (Apêndice A) e no prontuário.



Imagem 2. Pontos principais de pressão na posição prona: orelha, face, cotovelo, peito, crista ilíaca, joelho e dedos do pé

Retorno à posição supina, se:

- Deterioração respiratória (queda de $SpO_2 < 10\%$ da basal e/ou dessaturação $< 85\%$ com FiO_2 a 100% ou $PaO_2 < 55$ mmHg com FiO_2 de 100%) e queda da pressão arterial sistólica para valores < 60 mmHg, mantidas por cinco (5) minutos.
- Queda da frequência cardíaca para valores < 30 bpm, mantida por um (1) minuto.
- Complicações do procedimento (sofrimento cutâneo; extubação traqueal; hemoptise maciça; instabilidade hemodinâmica progressiva; arritmias graves; retorno de circulação espontânea após PCR).

Respondedor: aumento da relação $PaO_2/FiO_2 \geq 20\%$ ou da $PaO_2 \geq 10$ mmHg, com aumento da complacência pulmonar e redução da pressão de platô. **MANTER EM POSIÇÃO PRONA POR 16 a 20 HORAS**, a depender da avaliação da equipe. Se o paciente permanecer com critérios de nova posição prona, a manobra deverá ser refeita após **4-6** horas de posição supina.



Foto 2. Paciente simulado em posição prona, com um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, com a cabeça virada para o braço fletido.

Fase 5. Reposicionamento para Posição Supina

Conduzir *checklist* para o reposicionamento em posição supina
(Seguir os mesmos cuidados realizados na manobra de pronação)



- Pausar a dieta 2 horas antes do horário estabelecido para a manobra de reposicionamento supino.
- Repetir os mesmos cuidados de preparo estabelecidos na manobra de pronação.
- Realizar a manobra do giro em três movimentos ao comando do profissional médico que está na cabeceira da cama; deslocar o paciente para o lado do ventilador mecânico; lateralizar o paciente e girá-lo para posição supina, centralizando-o no leito.
- Repetir os mesmos cuidados estabelecidos no momento pós-pronação.
- Posicionar a cabeceira a 30°.
- Reiniciar dieta uma hora após o retorno à posição supina. Observar tolerância do paciente e progredir gradualmente a vazão, conforme prescrição médica.
- Coletar amostra de sangue arterial, para análise de gasometria quatro horas após de posição supina.
- Reavaliar necessidade de nova manobra de PRONAÇÃO.

Respondedor sustentado: Melhora clínica ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 150$ mmHg com PEEP ideal calculada por, no mínimo, 4 horas após o fim da última sessão de prona). Sem indicação de nova sessão de pronação.

Respondedor não sustentado: Melhora clínica com relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 150$ mmHg, porém não sustentada em posição supina por, no mínimo, 4 horas. Avaliar a indicação de nova sessão de prona.

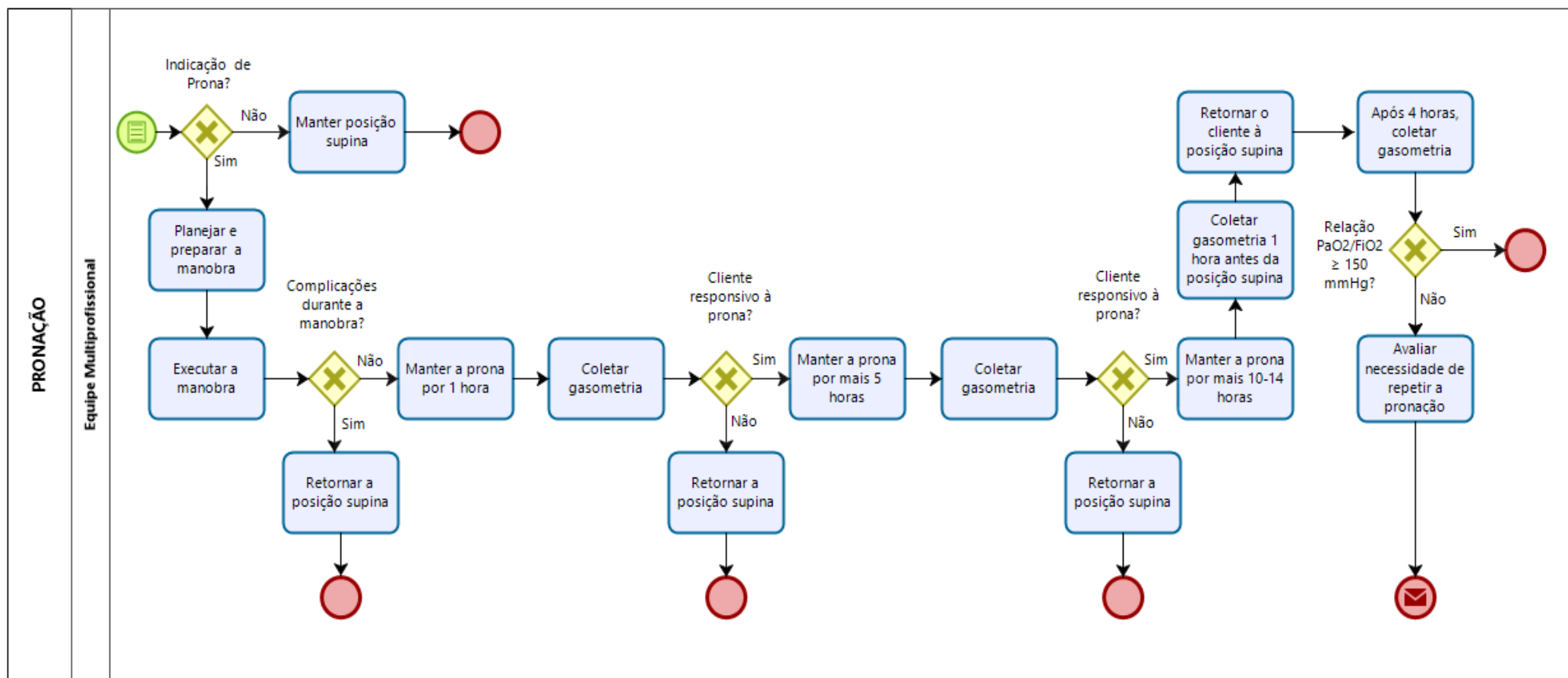
Não respondedor: - Resposta insatisfatória à estratégia (diminuição da relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 20\%$ em comparação à posição supina após duas sessões de PRONA).

Se hipoxemia refratária, não responsiva à posição prona, recomendado a utilização de manobras de recrutamento alveolar, seguida de reajuste da PEEP pelo método decremental, com terapia de resgate nos pacientes que forem elegíveis para essa técnica, dentro das normas de monitorização e segurança recomendadas nas Diretrizes Brasileira de Ventilação Mecânica (2013).

Fase 6. Avaliação / Debriefing

- A equipe deverá revisar todas as ações de cada etapa do Plano de Pronação Segura e avaliar, registrar e/ou notificar:
 - ✓ os resultados positivos alcançados.
 - ✓ as intercorrências.
 - ✓ os pontos de melhoria.
 - ✓ os quase erros (*near miss*).
 - ✓ as necessidades de treinamentos.

MAPEAMENTO DE PROCESSO DO PLANO DE PRONAÇÃO



Resposta a Prona
 $PaO_2/FiO_2 \geq 20\%$ ou $PaO_2 \geq 10$ mmHg

10. REFERÊNCIAS

1. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. RESOLUÇÃO nº 639, de 6 de maio de 2020. **Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intrahospitalar**, 2020.
2. ASSOBRAFIR. Comunicação oficial. **Posição prona no tratamento da insuficiência respiratória aguda na Covid-19**. 7p. 2020. Disponível em: <http://www.assobrafir.periodikos.com.br/article/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.011/pdf/assobrafir-...>
3. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago / Universidade Federal de Santa Catarina. Protocolo Clínico. **Posição prona em UTI adultos**. Florianópolis. 16p. 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/10197/4923501/PRT.CPA-COVID19.008+Protocolo+Posi%C3%A7%C3%A3o+Prona+UTI+Adultos.pdf/460ca490-8645-47c4-8cb4-8c784d518579>
4. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Núcleo de Protocolos Multiprofissionais. **Protocolo multiprofissional: prevenção e tratamento de lesão por pressão**. Uberaba-MG, 2025. 25p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocol...>
5. OLIVEIRA, M.V., PIEKALA, D.M., BATISTA, D.C.R., MINOSSI, S.D., CHISTÉ, M., BAIROS, P.M.N et al. *Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona*. **Rev Bras Ter intensiva.**, v. 29, n. 2, p. 131-41, 2017.
6. DALMEDICO, M. M., et al. Efetividade da posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: overview de revisões sistemáticas. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 51, e 03251, 2017.
7. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISSOLOGIA. **Ventilação Mecânica na Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) ou Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA):** Diagnóstico, Recomendações e Cuidados. Diretrizes Brasileira de Ventilação Mecânica. 2013. 136 p.

11. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	27/7/2020	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	23/1/2023	Atualização do documento
3	2/2/2026	Revisão do conteúdo. Atualização de referência. Ajuste de modelo Ebserh

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão 3 – data: 6/11/2025

Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem (DENF)
Victoria Gabrielle Tiago Oliveira, residente de enfermagem do eixo de saúde do adulto do Programa de Residência Multiprofissional da UFTM (PRIMAPS)

Validação técnica – data: 19/11/2025 a 22/12/2025

Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Thaís Santos Guerra Stacciarini, membro validador da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (CPAM)

Aprovação – data: 20/1/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 2/2/2026

Ana Paula, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 – data: 23/1/2023

Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira, chefe da Unidade de Gestão da Inovação Tecnológica em Saúde, coordenadora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde e membro da CPAM; Luciano Alves Matias da Silveira, médico anesthesiologista, chefe da Unidade de Clínica Cirúrgica, membro da CPAM.

Validação

Mariana Salomão Braga, coordenadora da CPAM e chefe da Divisão Médica substituta

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe do STGQ substituta

Registro, análise e revisão

Ana Paula, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 1 – data: 27/7/2020

Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira da Divisão de Enfermagem, Responsável Técnica (RT) do SEE e membro do Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (NPM)

Bruna Gomes Prates, fisioterapeuta, RT de fisioterapia das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto (A) e coronariana (C); Edson Elias Vieira, médico intensivista da UTI-A; Fabiana Barroso Rocha Moreira, fisioterapeuta, Unidade de Reabilitação; Ivan Borges Monteiro, médico intensivista, RT Médico da UTI-A; Luciano Alves Matias da Silveira, médico anesthesiologista e chefe da Unidade de Especialidades Cirúrgicas, membro do NPM; Patrícia Naves de Resende, médica RT do Setor de Urgência e Emergência

Rosana Huppel Engel, enfermeira do SEE/DE e membro do NPM; Taciana Fernandes Araújo Ferreira, médica e chefe da Unidade de Clínica Médica

Validação

Camila Bernardes Vilas Boas, enfermeira, residente em Saúde do Adulto; Claudilene Aparecida de Oliveira, técnica de enfermagem da UTI-A; Daniela Ramos Tostes, enfermeira da UTI-C; Divanice Contim, professora Associada do Centro de Graduação em Enfermagem; Elair Osmar Santos, auxiliar de enfermagem, em serviços administrativos, da DE; Lourraine Tavares Lorena, enfermeira voluntária no SEE/DE; Luiz Fernando Manzan, enfermeiro, residente em Saúde do Adulto; Natana Moura Teodoro, enfermeira do Setor de Urgência e Emergência; Nicole Lidiane Silva, enfermeira, RT de Enfermagem das UTIs-A e C; Renata Barcelos, enfermeira da UTI-A; Walter Gonçalves Neto, técnico de Enfermagem da UTI-C



Registro, análise e revisão final

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento



Aprovação

Mara Danielle Felipe Pinto Rodrigues, chefe da Divisão de Enfermagem; Priscila Salge Mauad Rodrigues, chefe da Unidade de Reabilitação substituta; Fernanda Carolina Camargo, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente; Andreia Duarte de Resende, chefe da Divisão Médica, coordenadora do NPM e gerente de atenção à saúde substituta

APÊNDICE A - CHECKLIST DE PRONAÇÃO SEGURA (frente)

PREPARAÇÃO	EXCECUÇÃO (Pré-manobra)	EXCECUÇÃO (Pós-manobra)																																													
<p>() Dieta pausada e cateter enteral em drenagem 2 horas antes?</p> <p>() Materiais para intubação traqueal reunidos?</p> <p>() Carro de emergência e o desfibrilador preparados e próximos?</p> <p>() Sistema de aspiração funcionante?</p> <p>() Medicações analgosedativas ajustadas?</p> <p>() Acesso arterial invasivo providenciado?</p> <p>() Gasometria coletada uma hora antes da pronação?</p> <p>() Sinais vitais aferidos e registrados?</p>	<p>() FiO₂ ajustada para 100%, por 10 min?</p> <p>() Cuidados oculares implementados (higiene; lubrificação; proteção)?</p> <p>() Placas de hidrocoloide fixadas em face, clavículas e joelhos?</p> <p>() Diurese da bolsa coletora desprezada?</p> <p>() Cateteres e drenos clameados (exceto dreno de tórax) e posicionados entre as pernas ou braços?</p> <p>() Genitália masculina posicionada entre as pernas?</p> <p>() Vias aéreas inferiores e superiores aspiradas?</p> <p>() Pressão de <i>cuff</i> do tubo traqueal em 25-30 cmH₂O?</p> <p>() Fixação dos dispositivos invasivos checados/reforçados?</p> <p>() Transdutor de pressão arterial desconectado do cateter?</p> <p>() Eletrodos fixados à pele retirados do tórax anterior?</p> <p>() Infusões pausadas com os equipos desconectados do cateter (Exceto drogas vasopressoras)?</p> <p>() Comprimento adequado da linha infusional e circuitos do VM?</p> <p>() Cama com rodas travadas, em um nível de altura adequado à equipe e em posição plana (0°)?</p> <p>() Membros superiores alinhados ao longo do corpo?</p> <p>() Coxins posicionados sobre a pelve e o tórax?</p> <p>() Lençóis posicionados?</p> <p>() Equipe pronta para iniciar a manobra de pronação?</p> <p style="text-align: center;">Realização da Manobra</p>	<p>() Posicionamento do tubo traqueal checado (ausculta pulmonar; capnografia e comissura labial)?</p> <p>() Pressão de <i>cuff</i> do tubo traqueal em 25-30 cmH₂O?</p> <p>() Eletrodos fixados no dorso do paciente e monitorizado?</p> <p>() Transdutor de pressão arterial conectado ao cateter e calibrado?</p> <p>() Infusão das medicações reiniciadas?</p> <p>() Drenos, tubos e cateteres ajustados/desclampeados quanto às conexões e funções?</p> <p>() Coxins na face, tórax, mão, pelve e pernas posicionados?</p> <p>() Braços em posição de nadador?</p> <p>() Superfície absorvente sob a face?</p> <p>() Cama posicionada em proclive?</p> <p>() Lençóis bem esticados no leito?</p> <p>() Trocado o lençol de cobertura do paciente?</p> <p>() Sinais vitais aferidos e registrados?</p> <p style="text-align: center;">MANUTENÇÃO</p> <p>() Reiniciar a dieta enteral uma (1) hora após a pronação à 30 mL/hora ou conforme avaliação médica.</p> <p>() Higienizar e aplicar lubrificante oftálmico prescrito a cada 6 h.</p> <p>() Alternar a posição dos braços e da cabeça a cada 2 horas.</p> <p>() Promover pequenas mudanças de posição e avaliar as condições da pele, principalmente em pontos de maior pressão, a cada 2 hora. Atentar para a região mamária, principalmente em mulheres com prótese, e para genitália masculina.</p> <p>() Monitorar regularmente a tensão das fixações de dispositivos invasivos e avaliar a pele sob os mesmos e ao redor.</p> <p>() Manter a pele sem umidade, principalmente a da face, com aspiração de secreções e troca de superfície absorvente sempre que úmida.</p> <p>() Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados.</p> <p>() Adotar as recomendações para prevenção de lesão por pressão descritas no protocolo multiprofissional da instituição.</p>																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">HORA</th> <th colspan="4">Parâmetros</th> </tr> <tr> <th>PA</th> <th>FC</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>OBSERVAÇÕES:</p>	HORA	Parâmetros				PA	FC																																								
HORA		Parâmetros																																													
	PA	FC																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTROLES Horário/Valores</th> <th>1 hora antes da prona</th> <th>1 hora de prona</th> <th>6 horas de prona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">GASOMETRIA</td> </tr> <tr><td>PaO₂</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PaCO₂</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>pH</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FI_{O₂}</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">MECÂNICA VENTILATÓRIA</td> </tr> <tr><td>P pico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P platô</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Complacência pulmonar</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		CONTROLES Horário/Valores	1 hora antes da prona	1 hora de prona	6 horas de prona	GASOMETRIA				PaO ₂				PaCO ₂				pH				SpO ₂				FI _{O₂}				MECÂNICA VENTILATÓRIA				P pico				P platô				Complacência pulmonar					
CONTROLES Horário/Valores	1 hora antes da prona	1 hora de prona	6 horas de prona																																												
GASOMETRIA																																															
PaO ₂																																															
PaCO ₂																																															
pH																																															
SpO ₂																																															
FI _{O₂}																																															
MECÂNICA VENTILATÓRIA																																															
P pico																																															
P platô																																															
Complacência pulmonar																																															

APÊNDICE B - CHECKLIST DE REPOSICIONAMENTO EM SUPINA SEGURA (verso)

PREPARAÇÃO						EXECUÇÃO (Pré-manobra)						EXECUÇÃO (Pós-manobra)																																		
<p>() Dieta pausada e cateter enteral em drenagem 2 horas antes?</p> <p>() Materiais para intubação traqueal reunidos?</p> <p>() Carro de emergência e o desfibrilador preparados e próximos?</p> <p>() Sistema de aspiração funcionando?</p> <p>() Gasometria coletada uma hora antes do reposicionamento em supina?</p> <p>() Sinais vitais aferidos e registrados?</p>						<p>() FiO₂ ajustada para 100%, por 10 min?</p> <p>() Diurese da bolsa coletora desprezada?</p> <p>() Cateteres e drenos clampeados (exceto dreno de tórax) e posicionados entre as pernas ou braços?</p> <p>() Vias aéreas inferior e superior aspiradas?</p> <p>() Pressão de <i>cuff</i> do tubo traqueal em 25-30 cmH₂O?</p> <p>() Fixação dos dispositivos invasivos checados/reforçados?</p> <p>() Transdutor de pressão arterial desconectado do cateter?</p> <p>() Eletrodos fixados à pele retirados do tórax posterior?</p> <p>() Infusões pausadas com os equipos desconectados do cateter (Exceto drogas vasopressoras)?</p> <p>() Comprimento adequado da linha infusional e circuitos do VM?</p> <p>() Cama com rodas travadas, em um nível de altura adequado à equipe e em posição plana (0°)?</p> <p>() Membros superiores alinhados ao longo do corpo?</p> <p>() Lençóis posicionados?</p> <p>() Equipe pronta para reposicionamento em supino?</p>						<p>() Posicionamento do tubo traqueal checado (ausculta pulmonar; capnografia e comissura labial)?</p> <p>() Pressão de <i>cuff</i> do tubo traqueal em 25-30 cmH₂O?</p> <p>() Eletrodos fixados no tórax anterior do paciente e monitorizado?</p> <p>() Transdutor de pressão arterial conectado ao cateter e calibrado?</p> <p>() Infusão das medicações reiniciadas?</p> <p>() Drenos, tubos e cateteres ajustados/desclampeados quanto às conexões e funções?</p> <p>() Braços posicionados ao longo do corpo?</p> <p>() Cabeceira da cama elevada a 30°?</p> <p>() Lençóis bem esticados no leito?</p> <p>() Paciente coberto com novo lençol?</p> <p>() Sinais vitais aferidos e registrados?</p>																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">HORA</th> <th colspan="5">Parâmetros</th> </tr> <tr> <th>PA</th> <th>FC</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						HORA	Parâmetros					PA	FC																						<p>Realização da Manobra</p> 						<p>MANUTENÇÃO</p> <p>() Implementar cuidados padrão em paciente em estado crítico. Seguir protocolos da instituição.</p> <p>() Reiniciar a dieta enteral após uma (1) hora, com a vazão de acordo com prescrição médica.</p> <p>() Coletar gasometria após 4 horas em posição supina e avaliar resposta / necessidade de nova sessão de pronação.</p> <p>() Se indicação de nova manobra de pronação, pausar a dieta e colocar o cateter enteral em drenagem 2 horas antes da manobra de pronação.</p> 					
HORA	Parâmetros																																													
	PA	FC																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTROLES Horário/Valores</th> <th>4 horas de supina</th> <th>1 hora antes da prona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">GASOMETRIA</td> </tr> <tr><td>PaO₂</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>PaCO₂</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>pH</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>FiO₂</td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">MECÂNICA VENTILATÓRIA</td> </tr> <tr><td>P pico</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>P platô</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Complacência pulmonar</td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						CONTROLES Horário/Valores	4 horas de supina	1 hora antes da prona	GASOMETRIA			PaO ₂			PaCO ₂			pH			SpO ₂			FiO ₂			MECÂNICA VENTILATÓRIA			P pico			P platô			Complacência pulmonar										
CONTROLES Horário/Valores	4 horas de supina	1 hora antes da prona																																												
GASOMETRIA																																														
PaO ₂																																														
PaCO ₂																																														
pH																																														
SpO ₂																																														
FiO ₂																																														
MECÂNICA VENTILATÓRIA																																														
P pico																																														
P platô																																														
Complacência pulmonar																																														