

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Alexandre da Silveira Sete

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM UM HOSPITAL DE GRANDE
PORTE EM MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Alexandre da Silveira Sete

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM UM HOSPITAL DE GRANDE
PORTE EM MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Gestão Participativa de Saúde

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Vânia Regina Goveia

Coorientador(a): Prof^ª. Fr^ª Adriane Vieira

Belo Horizonte

2020

Sete, Alexandre da Silveira

SE495i Implantação do protocolo de sepse em um hospital de grande porte em Minas Gerais [manuscrito]. / Alexandre da Silveira Sete. - - Belo Horizonte: 2020.

86f.: il.

Orientador (a): Vania Regina Goveia.

Coorientador (a): Adriane Vieira.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Sepse/prevenção & controle. 2. Fatores de Risco. 3. Protocolos Clínicos. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Administração Hospitalar. 6. Saúde Pública. 7. Dissertação Acadêmica. I. Goveia, Vania Regina. II. Vieira, Adriane. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WC 240



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP



FOLHA DE APROVAÇÃO

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM MINAS GERAIS

ALEXANDRE DA SILVEIRA SETE

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Aprovada em 17 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Vania Regina Goveia - Orientador
UFMG

Prof(a). Adriane Vieira
UFMG

Prof(a). Selme Silqueira de Matos
UFMG

Prof(a). Gilberto de Lima Guimaraes
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 17 de março de 2020.

Davidson Luis Braga Lopes
Escola de Enfermagem/UFMG
SIAPE 2410180
Matrícula 311756

Dedico este trabalho a todos os pacientes que
vivenciaram o quadro clínico com sepse,
símbolo de superação e amor à vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida, por me capacitar para servir com alegria e me oferecer o privilégio de cuidar e fazer gestão na Assistência de Enfermagem.

À equipe médica e de enfermagem do Hospital Felício Rocho, em especial à Caique Edson Campos Pereira e Ana Claudia Cardoso Neves

Aos meus pais, Letícia Olinda da Silveira Moamed e Carlos Roberto Sette, pelo exemplo de pais, de amor aos filhos, de trabalho e honradez. Saudades de uma infância feliz e de um lindo convívio.

À minha esposa, Marineide Lago Ferreira Sete, pela cumplicidade, amor e carinho na trajetória da minha vida.

Aos meus filhos, Mariana Letícia Lago Ferreira Moamed Sete e Miguel Abdalgane Lago Ferreira Moamed Sete, pelo sentido que deu em minha existência, pelo amor que nos une e por compreender as minhas ausências em momentos tão significativos da sua vida.

À Prof. Vânia Regina Goveia, por acreditar na minha capacidade de luta, me guiando para a concretização de mais um sonho. Orientadora segura e competente, cujo saber e exemplo de ser humano me incentivou a produzir ciência e a crescer profissionalmente. Após essa parceria jamais serei a mesmo.

À Prof. Adriane Vieira, minha coorientadora, pela competente atuação neste estudo e pelo processo de ensino-aprendizagem que proporcionou a todos em suas disciplinas.

Aos Professores Dr. Selme Silqueira de Matos e Dr. Gilberto Lima Guimarães, membros da minha banca de qualificação por suas valiosas sugestões no projeto deste estudo e incentivo na busca do conhecimento.

À Escola de Enfermagem da UFMG, que por meio de sua diretoria, chefias dos diversos órgãos e departamentos, docentes e discentes, funcionários técnico-administrativos e de serviços gerais que, em um trabalho conjunto, vêm transformando esta Escola numa referência nacional e internacional no ensino da graduação, mestrado acadêmico, mestrado profissional e de doutorado.

Aos conselhos técnico e superior, diretoria técnica, clínica, gerência geral, corpo médico e de enfermagem, gerências e coordenações, profissionais de saúde/administrativos e acadêmicos de enfermagem do Hospital Felício Rocho, pelo apoio institucional, incentivo, valorização e reconhecimento da importância da Enfermagem em uma instituição de saúde e, principalmente, pela parceria, apoio e troca de experiências.

EDUCAÇÃO não transforma o mundo.
EDUCAÇÃO muda o mundo
PESSOAS transformam o mundo
Paulo Freire

RESUMO

SETE, Alexandre da Silveira. **Implantação do protocolo de sepse em um hospital de grande porte em Minas Gerais**. 2020. 86 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

A sepse é um conjunto de manifestações graves em todo organismo. Tem alta incidência entre os pacientes internados com custos elevados, sendo a principal causa de mortalidade em UTI e emergência nos hospitais públicos e privados. Apesar de ser um problema comum, de âmbito mundial e consequências devastadoras é ainda um dos mais graves problemas de Saúde Pública. Atualmente, a maior barreira ao sucesso da adesão ao protocolo de Sepse é a ausência do reconhecimento dos sinais e sintomas da doença pela equipe de saúde. Entre os pacientes que desenvolvem a sepse, poucos sobrevivem. Este estudo teve por objetivo analisar a implantação e a adesão ao Protocolo de Sepse pelas equipes de enfermagem e médica nas Unidades de Urgência Emergência, Internação e Terapia Intensiva de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG. Trata-se de pesquisa qualitativa onde o método de investigação empregado foi o estudo de caso a partir da seleção de participantes de maneira intencional com aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada, obedecendo aos seguintes critérios para inclusão: ser médico ou enfermeiro com atuação na instituição de pelo menos um ano no hospital e ter vivência na condução do processo de gestão assistencial. Para a descrição e análise dos dados foi necessário estabelecer temas e subtemas. A categoria temática Implantação do protocolo de sepse na visão dos entrevistados foi dividida em quatro subtemas, a categoria temática Papel dos profissionais no desenvolvimento do protocolo de sepse foi dividida em três subtemas, e a última categoria temática Contribuições do protocolo para o hospital não foi subdividida. O objetivo da primeira categoria Implantação do protocolo de sepse na visão dos entrevistados trouxe alguns aspectos como: a) Conhecimento sobre o protocolo de sepse; b) Fases de implantação do protocolo de sepse; c) Etapas do protocolo de sepse; d) Grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepse. Quanto à segunda, evidenciou: a) Tempo é ouro; b) Importância da equipe multidisciplinar; c) Papel do enfermeiro e do médico. A terceira categoria foi Contribuições do protocolo de sepse para o hospital. O estudo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, número 10578919.6.00005125. Ao analisar a implantação do protocolo de sepse foi identificada a necessidade desse protocolo ter uma abrangência institucional, empoderando a equipe multidisciplinar com foco na identificação das fragilidades do protocolo, além de tratar e estabelecer ações de prevenção e tratamento da Sepse. A maior conquista com a implantação do protocolo foi a garantia do conhecimento para os profissionais assistenciais quanto às etapas a serem seguidas. A adesão ao protocolo foi evidenciada pelos relatos dos profissionais das equipes multiprofissional entrevistados. O produto final foi a revisão e implantação do protocolo de Sepse na instituição campo do estudo. O instrumento composto de 5 páginas, especificando a função de cada profissional, contribuindo para o aprimoramento dos mesmos, além de potencializar o material de apoio em capacitações, como um processo contínuo que permite uma formação desses profissionais, além de prepará-los para uma ação de multiplicadores desse saber.

Palavras-chave: Sepse. Fatores de risco. Infecção. Administração hospitalar. Protocolos clínicos.

ABSTRACT

SETE, Alexandre da Silveira. **Implementation of the sepsis protocol in a large hospital in Minas Gerais**. 2020. 86 f. Dissertation (Professional Master in Health Management) - School of Nursing of Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2020.

Sepsis is a set of serious manifestations in every organism. It has a high incidence among hospitalized patients with high costs, being the main cause of mortality in the ICU and public and private hospitals emergency room. Despite being a common problem, worldwide and with devastating consequences, it is still one of the most serious public health problems. Currently, the greatest barrier to successful adherence to a Sepsis protocol is the poor recognition of the signs and symptoms of the disease by the health team. Among patients, who develop sepsis, just few survive. This study aimed to analyze the implementation and adherence to a Sepsis Protocol by the nursing and medical team in the Emergency Room, Inpatient and Intensive Care Units of a large hospital in Belo Horizonte, MG. It is a qualitative research in which the research method employed was the case study based on the selection of participants in an intentionally manner with the application of a semi-structured interview script, obeying the following criteria for inclusion: being a doctor or nurse working in the institution of at least one year in the hospital and experience in conducting the care management process. For the description and analysis of the data, it was necessary to establish themes and subthemes. The thematic category Implementation of the sepsis protocol in the interviewees' view was divided into four subthemes, the thematic category the role of professionals in the development of the sepsis protocol was divided into three subthemes, and the last thematic category contributions of the protocol to the hospital was not subdivided. . The objective of the first category to implement the sepsis protocol in the interviewees' view brought aspects that were: a) knowledge about the sepsis protocol; b) Stages of implantation of the sepsis protocol; c) steps in the sepsis protocol; d) degree of adherence of professionals to the sepsis protocol. As for the second, he showed: a) time is gold; b) importance of the multidisciplinary team; c) the role of the nurse and the doctor. The fourth category was the contributions of the sepsis protocol to the hospital. The study was prepared in accordance with Resolution no. 466/2012 of the National Health Council and approved by the Research Ethics Committee of the institution -, with number 10578919.6.00005125. When analyzing the implementation of the sepsis protocol, it was identified the need for implantation must to be institutional in scope with the empowerment of the multidisciplinary team, enabling the identification of weaknesses in the protocol, in addition to treating and establishing actions for the prevention and treatment of sepsis. The greatest achievement with the implementation of the protocol was the guarantee of having knowledge for healthcare professionals regarding the steps to be followed. Adherence to the protocol was evidenced by the speeches of the professionals from the medical and nursing teams interviewed. The final product was the construction and implementation of a Sepsis protocol at the institution. The instrument consisted of 5 pages specifying the role of each professional on contributing to their improvement, in addition to serving as support material for training, and also as a continuous process that allows for an expanded training of these professionals, in addition to preparing them for a multiplier action of this knowledge.

Key Words: Sepsis. Risk factors. Infection. Hospital administration. Clinical protocols.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Siglas de identificação para categoria profissional	27
Quadro 2 - Análise de conteúdo: temas e subtemas	30
Quadro 3 - Extratos dos relatos sobre o conhecimento do protocolo de Sepsis	39
Quadro 4 - Extratos dos relatos sobre as fases de implementação do protocolo	42
Quadro 5 - Extratos dos relatos sobre as etapas do fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de sepsis	46
Quadro 6 - Extratos dos relatos sobre o grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepsis	49
Quadro 7 - Extrato dos relatos sobre o papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento do Protocolo de Sepsis	54
Quadro 8 - Extratos dos relatos sobre as contribuições do protocolo de sepsis para os processos assistenciais	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSS	Campanha de Sobrevivência à Sepse
CTIs	Centro de Terapia Intensiva
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DMS	Dia Mundial da Sepse
ENF	Enfermeiros
ERP	<i>Enterprise Resource Planning</i>
GSA	<i>Global Sepsis Alliance</i>
HFR	Hospital Felício Rocho
ILAS	Instituto Latino Americano da Sepse
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MED	Médicos
MG	Minas Gerais
NATE	Núcleo Avançado de Tratamento da Epilepsia
NCSFR	Núcleo de Ciências da Saúde Felício Rocho
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PRS	Protocolo sistêmico
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SRIS	(Síndrome da resposta inflamatória sistêmica).
SPREAD	<i>Sepsis PREvalence Assessment Database</i>
SRIS	Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica
SSC	<i>Surviving Sepsis Campaign</i>
TCLE	Comitê de Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivo da pesquisa	14
1.2	Justificativa	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Fisiopatologia da sepse	21
2.2	Diagnóstico e tratamento precoce da sepse	22
2.3	Competência da equipe multidisciplinar	22
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	25
3.1	Abordagem e método	25
3.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa	26
3.3	Técnicas de coleta de dados	27
3.4	Técnica de análise de dados	29
3.5	Aspectos éticos	30
4	CAMINHO PERCORRIDO PARA IMPLANTAR O PROTOCOLO DE SEPSE	31
4.1	Local de estudo: o Hospital Felício Rocho	31
4.2	A Construção do protocolo sepse	33
4.3	O fluxograma de triagem para pacientes com suspeita de sepse	36
5	ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	38
5.1	Implantação do protocolo de sepse na instituição na visão dos entrevistados	38
5.1.1	Conhecimento do protocolo de sepse	38
5.1.2	Fases de implementação do protocolo de Sepse	42
5.1.3	Etapas do protocolo de sepse	45
5.1.4	Grau de adesão dos profissionais ao protocolo sepse	49
5.2	Papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento do protocolo de sepse	54
5.3	Contribuições do protocolo de sepse para os processos assistenciais no hospital	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64

ANEXOS	70
APÊNDICES	79

1 INTRODUÇÃO

A palavra sepse foi usada por Hipócrates em seus escritos datados de 400 anos antes de Cristo. Deriva do grego, tendo por significado decomposição de animal, vegetal ou substância orgânica na presença de bactéria. Acreditava-se na época que essa decomposição acontecia no cólon e liberava "substâncias perigosas" que poderiam causar sepse (FUNK; PARRILLO; KUMAR, 2009).

A sepse é uma das doenças mais desafiadoras da medicina. Têm sido dispendidos esforços consideráveis para um melhor entendimento da inflamação sistêmica que caracteriza essa síndrome. Apesar de sua importância, seu reconhecimento, muitas vezes, ainda não ocorre em tempo hábil, deixando margem para a ocorrência de disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. Seu manejo sofreu profundas mudanças na última década, havendo hoje inúmeras orientações com base em evidências advindas de estudos no cenário clínico (HENKIN et al., 2009).

A sepse é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo, sendo produzida por uma infecção. A sepse era conhecida antigamente como septicemia ou infecção no sangue. Hoje, é mais conhecida como infecção generalizada. Na verdade, não é a infecção que está em todos os locais do organismo. Por vezes, a infecção pode estar localizada em apenas um órgão, como por exemplo, o pulmão. Contudo, provoca em todo o organismo uma resposta, a inflamação, numa tentativa de combater o agente da infecção. Essa inflamação pode vir a comprometer o funcionamento de vários órgãos do paciente (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

Portanto, a sepse pode ser definida como a resposta sistêmica a uma doença infecciosa, seja ela causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários, e que se manifesta em diferentes estágios clínicos de um mesmo processo fisiopatológico. Trata-se de um desafio para os profissionais da área da saúde, dada a necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce. Assim, todos os profissionais da saúde, mesmo que não diretamente envolvidos em seu atendimento, devem ser capazes de reconhecer os sintomas e os sinais de gravidade de maneira imediata para que o tratamento possa ser feito (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

Segundo o Instituto Latino Americano de Sepse (2018b, p. 1), pacientes com sepse ocupam 25% dos leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil sendo que atualmente, ela é a “principal causa de morte nas UTIs e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer”. Completa

afirmando que a mortalidade no país alcança 65%, enquanto a média mundial se aproxima de 30 a 40%

Os dados brasileiros mais importantes já publicados sobre a letalidade por sepse derivam de três estudos multicêntricos denominados BASES, Sepse Brasil e COSTS. O estudo BASES foi conduzido em cinco unidades de terapia intensiva em duas regiões do Brasil. Ele mostrou que a letalidade por sepse grave e choque séptico foi de 47,3% e 52,2%, respectivamente (INSTITUTO LATINO AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE, 2015, p. 22).

Em 2003 foi conduzindo o estudo Sepse Brasil em 75 UTIs de todas as regiões do Brasil. Ele revelou que que “16,7% dos leitos de terapia intensiva são ocupados por esses pacientes” e que a “taxa de letalidade para sepse grave e choque séptico foi de 34,4% e 65,3%, respectivamente” (INSTITUTO LATINO AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE, 2015, p. 22).

O estudo denominado COSTS, com dados de 21 UTIs brasileiras mostrou a alta relevância, como revela:

Pacientes de hospitais públicos apresentaram letalidade por sepse de 49,1%, enquanto os pacientes de hospitais privados, 36,7%. Posteriormente, uma análise mais detalhada desses pacientes apontou algumas diferenças importantes entre as redes pública e privada, sugerindo que o atraso no diagnóstico e a baixa aderência aos indicadores de tratamento foram mais frequentes no sistema público, o que explica, pelo menos parcialmente, maior mortalidade (INSTITUTO LATINO AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE, 2015, p. 22).

Dados da literatura apontam para a menor letalidade entre pacientes provenientes de unidades de urgência e emergência (26,5%) em comparação com pacientes que fazem sepse quando já internados em unidades de internação (39,8%) ou em unidades de terapia intensiva (42,8%). Essa menor letalidade, se deve pela maior frequência de pacientes jovens, sem comorbidades e com infecções comunitárias em comparação com os demais cenários onde parte importante das infecções é associada à assistência à saúde em pacientes portadores de outras doenças (ZONTA et al., 2018).

A maior casuística disponível no Brasil, embora não publicada, é a do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), instituição envolvida no treinamento de hospitais para o processo de implementação de protocolos assistenciais gerenciados de sepse. O banco de dados do ILAS, construído ao longo dos últimos 10 anos, tem hoje mais de 30 mil pacientes. A efetiva implementação dos protocolos baseados nas diretrizes internacionais visa a redução de mortalidade (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2015).

A sepse é diagnosticada, frequentemente, de forma tardia, já que os sinais e os sintomas atualmente utilizados para o diagnóstico, como alterações na contagem de leucócitos, febre, taquicardia e taquipneia, não são específicos da sepse. Concomitantemente,

considera-se o conhecimento insuficiente dos profissionais da saúde, podendo ter inúmeras causas como o déficit na formação e a falta de definições oficiais precisas e processos adequados para ajudar na identificação e tornar o planejamento de cuidados mais rápido e efetivo (ZONTA et al., 2018).

Algumas instituições adotam um “*kit sepse*”, no qual pode ser encontrado todos os materiais necessários para o atendimento inicial: fichas de triagem, *check-list*, solicitação de exames, material para coleta desses exames e uma dose de cada dos principais antimicrobianos. Esses *kits* são distribuídos em todas as áreas de interesse. Outros hospitais estabelecem fluxos diferenciados, utilizando ou não prontuários eletrônicos, visando a otimização do atendimento a esses pacientes. De toda forma, o fluxo de exames e a rotina para administração da primeira dose de antimicrobiano devem ser definidos (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018a).

Devido à alta morbimortalidade da sepse, é imprescindível sua rápida identificação. Porém, esta é uma tarefa complicada, pois suas manifestações podem ser confundidas com as de outros processos não infecciosos ou podem, em muitos casos, passar despercebidas. Além disso, exames laboratoriais, como hemograma, dosagem de creatinina ou ionograma possuem baixa sensibilidade e especificidade. Por sua vez, as culturas solicitadas na suspeita de sepse não têm resultados prontamente disponíveis, o que poderia postergar o início do tratamento específico dirigido ao agente etiológico (ZONTA et al., 2018).

Para que a identificação seja precoce e o tratamento adequado, é fundamental a aplicação efetiva dos protocolos de sepse preconizados pelo ILAS e a capacitação efetiva dos profissionais de saúde. Revela-se aqui o papel valioso do enfermeiro como membro da equipe multiprofissional, pois ele identifica os sinais e os sintomas de sepse, assim como os riscos para seu desenvolvimento (SILVA, 2006).

1.1 Objetivo da pesquisa

O objetivo geral da pesquisa é:

- Analisar a implantação e a adesão ao protocolo de Sepse em um hospital de grande porte em Minas Gerais.

Os objetivos específicos são:

- Descrever a implantação do protocolo de Sepse.
- Analisar a adesão da equipe médica e de enfermagem ao Protocolo de Sepse por meio de análise crítica.

1.2 Justificativa

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), a sepse continua sendo um grande desafio, pois, apesar dos avanços no entendimento da fisiopatologia e do abrangente arsenal terapêutico disponível, ela causa um grande impacto econômico e social, devido à alta taxa de mortalidade e ao alto custo para o sistema de saúde (SOGAYAR, 2008). Neste sentido, este trabalho se justifica devido à importância de as instituições hospitalares analisarem a implantação Protocolo de Gerenciamento de Sepse e avaliarem a sua adesão para prevenir mortalidade de pacientes por sepse.

A escolha deste tema como foco de interesse para o estudo não se deve apenas à satisfação de uma curiosidade percebida durante o trabalho realizado na identificação da pessoa com sepse, e sim, na tentativa de reduzir os índices de mortalidade em consequência deste agravo a partir da adoção de medida de detecção precoce, criando estratégias de educação em saúde.

Neste contexto, percebe-se a necessidade da sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto às alterações clínicas, alertando para redução da mortalidade por meio da rapidez no início do tratamento das pessoas que são assistidas na unidade de emergência, na terapia intensiva e na unidade de internação de um hospital de grande porte em Belo Horizonte. Além disso, principalmente, por se observar ser este um problema científico e social, sendo um dos importantes agravos e dificuldades existentes na área de abrangência hospitalar. Isso, pelo fato de a pessoa ser admitida, de início ou não, com alguma infecção em determinado lugar do corpo, podendo atingir vários órgãos e provocando rapidamente um processo infeccioso generalizado, cujo desconhecimento pode trazer danos à saúde e levar a morte.

A possibilidade de trabalhar o protocolo de gerenciamento de sepse no hospital como dever social de salvar vidas surgiu em 2015. Para dar início aos trabalhos, este pesquisador ficou responsável por trazer o assunto e compartilhar com a equipe multidisciplinar até a sua implantação no Pronto Atendimento. Posteriormente, as discussões realizadas, por intermédio da análise crítica do indicador, apontaram que a equipe de médicos, enfermeiros, laboratório e TI estavam aprimorando o gerenciamento do protocolo de sepse.

O produto técnico resultante desta dissertação foi a criação do protocolo de Sepse institucional, com a análise da implantação e a adesão ao protocolo em um Hospital de grande porte em Minas Gerais. Assim, com a implantação do Protocolo de Sepse foi possível buscar evidências para agilizar e reconhecer a situação de risco.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nos tópicos a seguir são apresentados os principais conceitos e estudos sobre um cenário real de mortalidade por Sepse no mundo, na América Latina e no Brasil, bem como as propostas de melhorias nos processos de gestão nas instituições de saúde.

Angus et al. (2001) conceitua a sepse como uma disfunção de órgãos ameaçadora à vida, sendo causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção. Sua incidência precisa é desconhecida e faltam estudos populacionais sobre esta condição, especialmente nos países com baixa e média renda. Contudo, extrapolações de dados populacionais de países de alta renda sugerem 30 milhões de casos de sepse, aproximadamente 6 milhões de óbitos em todo o mundo a cada ano.

Com relação a esses dados, Alcântara e Marques (2009) alegam a escassez de estudos mais aprofundados nos países latino-americanos, sendo que os existentes sugerem ser a sepse um importante problema de saúde. Revelam que, em um estudo realizado no Brasil em 2010, os resultados apontaram que as disfunções de órgãos relacionadas com esta infecção representavam, aproximadamente 22% dos os óbitos no país, além da sua prevalência – cerca de 30% - nas UTIs brasileira e da taxa de mortalidade hospitalar em torno de 55%.

Neste contexto, a *Global Sepsis Alliance* (GSA), objetivando reduzir o ônus da sepse em todo o mundo, criou, em 2012, o primeiro Dia Mundial da Sepse (DMS) para ser uma plataforma de lançamento para a Declaração Mundial da Sepse. Essa instituição definiu como finalidades do DMS: o aumento da percepção sobre a importância da sepse em meio ao público leigo, profissionais de saúde e formuladores de políticas e o encorajamento de programas de melhoria da qualidade para identificação e tratamento precoce da sepse.

Para Azevedo et al. (2018), este feito da *Global Sepsis Alliance* (GSA) tem favorecido em todo o mundo as iniciativas para melhorar a conscientização sobre sepse por meio de eventos direcionados ao público leigo, equipes de profissionais de saúde e formuladores de políticas. Tais iniciativas culminaram em 26 de maio de 2017, com a aprovação de uma resolução sobre a sepse (WHA70.7) pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para Azevedo et al. (2018), essa resolução da OMS reconheceu a sepse como importante ameaça à segurança do paciente e à saúde global, fazendo com que os Estados-membros desenvolvessem iniciativas voltadas à melhora da prevenção, ao reconhecimento e ao tratamento da sepse. Esta resolução tem o potencial de salvar milhões de vidas, mas, para que isto aconteça, são necessários esforços coordenados de políticos, formuladores de

políticas, gestores de saúde, pesquisadores e médicos, que trabalham em todos os ambientes de saúde.

Uma análise retrospectiva de um banco de dados internacional relatou uma incidência global de 437 por 100.000 pessoas/ano para sepse entre os anos de 1995 e 2015, embora essa taxa não refletisse as contribuições de países de baixa e média renda (FLEISCHMANN et al., 2016). Nos Estados Unidos, Dombrovskiy et al. (2007) realizaram uma análise da amostra nacional de pacientes internados no período de 1993 a 2003. Eles identificaram 8.403.766 pacientes com sepse, incluindo 2.857.476 pacientes com sepse grave. A porcentagem de casos graves de sepse entre todos registrados aumentaram continuamente de 25,6% em 1993 para 43,8% em 2003. A taxa ajustada pela idade de hospitalização por sepse grave aumentou de 66,8 para 132,0 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade de casos hospitalares caiu de 45,8% para 37,8%. Entre 1993 a 2003, as taxas ajustadas pela idade para hospitalização e mortalidade por sepse grave aumentaram anualmente em 8,2% e 5,6%, respectivamente, enquanto a taxa de mortalidade de casos diminuiu 1,4% ao ano.

Uma análise do Registro Nacional de Alta Hospitalar de 2006 a 2011 na Espanha, durante um período de seis anos, identificou 240.939 casos de sepse grave. A incidência foi de 87 casos por 100.000 habitantes. Os resultados da análise revelaram que: 54% dos casos tiveram disfunção de um órgão; 26% dos pacientes tiveram duas disfunções; e, cerca de 20%, apresentaram três ou mais disfunções. A letalidade hospitalar foi de 43%. As taxas de incidência e mortalidade aumentaram 8,6% e 6%, respectivamente. Contudo, detectou-se a redução significativa nas taxas de letalidade de 3,24% (BOUZA et al. 2014).

Esteban et al. (2007) avaliaram todos os 15.852 pacientes consecutivos internados em hospitais participantes por um período de seis meses em 2003. A sepse foi identificada em 702 pacientes, com uma taxa de incidência acumulada estimada em 367 casos por 100.000 habitantes. A taxa de incidência de sepse grave observada pelos autores foi de 104 casos por 100.000 habitantes e, a de choque séptico, de 31 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Neste caso, a mortalidade hospitalar foi de 12,8% para todos os pacientes sépticos, 20,7% para sepse grave e 45,7% para choque séptico.

Na Austrália, um estudo hospitalar de base populacional analisou um total de 3.122.515 hospitalizações durante a noite em um período de quatro anos. Verificou-se que a incidência hospitalar geral de sepse foi de 1,1%, com a taxa de mortalidade aproximada de 18,4%. O estudo revelou que dos pacientes sépticos, 23,8% receberam algum cuidado em uma UTI. Para esses pacientes, a mortalidade hospitalar foi de 28,9%. A sepse grave ocorreu em

39% dos pacientes, seguida por uma taxa de mortalidade hospitalar aproximada de 31,1% (SUNDARARAJAN et al., 2005).

Lobo et al. (2019) enfatizam que, embora as progressivas quedas das taxas de mortalidade sejam animadoras, as diferenças entre hospitais são preocupantes e devem direcionar os esforços das políticas de saúde pública para melhorias de gestão. O estímulo para a melhoria da organização, particularmente nas UTI públicas de um sistema de saúde que sofre com falta de recursos e má distribuição de vagas, também deve fazer parte das políticas de saúde pública. O programa UTIs Brasileiras assume papel importante, por fornecer dados imprescindíveis para a melhor compreensão do cenário da sepse no Brasil.

As autoras estimam que cerca de 15 a 17 milhões seja o número de pacientes com sepse por ano no mundo, contribuindo com mais de 5 milhões de mortes. No Brasil, recentemente, evidenciou o aumento no número de casos dessa síndrome nos últimos anos (LOBO et al., 2019). Completando, elas explicam que muitos fatores contribuem para essa tendência, como: o aumento da população e da expectativa de vida, que subiu de 65,3 anos, em 1990, para 71,5 anos, em 2013, incrementando suscetibilidade de pessoas com idade avançada, doenças crônicas e imunossuprimidos (LOBO et al., 2019). Além disso, iniciativas como a Campanha de Sobrevivência à Sepse (CSS) e a *Global Sepsis Alliance* (GSA) foram fundamentais para determinar a melhor identificação dos pacientes sépticos e a maior notificação da doença.

Vincent et al. (2006) destacam um estudo realizado por Angus et al. (2001) por demonstrar que a incidência de sepse nos EUA foi de 751.000 casos identificados com sepse grave, tendo uma taxa de mortalidade hospitalar geral de 28,6 %. Nesse estudo foi verificada a relação entre mortalidade e a idade dos pacientes, pois em crianças a taxa de mortalidade foi de 10% e, em pacientes acima de 85 anos, a taxa subiu para 38, 4%. Outro estudo multicêntrico realizado na Europa em 198 UTIs de 24 países apontou que a incidência foi de 37 %, apresentando uma taxa de mortalidade geral de 24,1 %. Nos pacientes com sepse grave e choque séptico, a mortalidade foi de 32,2% e 54,1%, respectivamente.

Os processos de acreditação hospitalar nas instituições de saúde são considerados desdobramentos importantes do movimento que visa a qualidade. Destaca-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA) que tem o objetivo de promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade nos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2019).

Qualquer projeto de melhoria de qualidade em uma UTI requer ações voltadas para três pontos fundamentais: estrutura, processos e resultados (GERSHENGORN; KOCHER;

FACTOR, 2014). A este respeito, segundo Lobo et al. (2019), a utilização de um banco de dados como o Epimed Data base, possibilita transformar dados em informações imprescindíveis para a boa gestão e organização de uma unidade. Entretanto, a inclusão diária de dados consome muito tempo, assim como a interpretação de relatórios e a implementação de ações neles baseada. Para essas autoras, as UTIs que coletam os dados, possivelmente têm razoável nível de organização, indispensável para a manutenção de informações para alimentar um banco de dados desse porte.

A auditoria clínica, no que se refere à análise crítica dos resultados e da sistemática da qualidade dos cuidados aos pacientes, objetiva a melhoria do desempenho, tomando como ponto de partida a conscientização das não conformidades em direção à melhoria da prática e dos processos de trabalho. Em geral, essa auditoria visa promover mudanças na prática profissional, assumindo um caráter educativo (GOMES et al., 2015).

A gestão eficiente dos riscos e dos eventos adversos para pacientes e profissionais se refere à gestão sistemática dos processos da organização, visando a segurança de todos envolvidos com a assistência à saúde e redução dos danos e prejuízos decorrentes das atividades desenvolvidas. Deve-se levar em consideração que os cuidados em saúde constituem atividade de elevada complexidade, cujos resultados guardam importante nível de incerteza e o seu potencial de danos envolve não só os pacientes, mas, também, os profissionais e a própria organização (SANTOS; SÁ, 2010). Torna-se fundamental o gerenciamento dos riscos associados ao exercício da prática assistencial e, também, do ambiente em que o cuidado é prestado (GOMES et al., 2015).

A educação e o treinamento estão relacionados com a oferta de atualização e treinamento adequados aos profissionais, favorecendo o acesso e o conhecimento das melhores práticas e evidências. Atualmente, são produzidos novos conhecimentos e alterando os resultados pertinentes àqueles já existentes. Muitas vezes, isso ocorre com aprimoramento e velocidade, o que torna fundamental a atualização dos profissionais (SANTOS; SÁ, 2010).

O desenvolvimento e investigação estão ligados à aplicação de normas de orientação clínica, implementação de protocolos baseados em evidências, monitoração e controle, favorecendo o aprendizado e a melhora contínua dos resultados (SANTOS; SÁ, 2010).

Por fim, a transparência em todos os processos e relações interpessoais. Isso se refere à necessidade de implantar uma cultura de transparência em que todas as ações e resultados sejam mensurados e as informações decorrentes sejam compartilhadas. A divulgação de ações e resultados, resguardados o sigilo quanto aos pacientes e profissionais envolvidos, é uma

prática desejável, uma vez que pode contribuir para o aprendizado organizacional e o fortalecimento das equipes e da própria instituição (SANTOS; SÁ, 2010).

Esses conceitos revelam a evolução das pesquisas sobre sepse no mundo e nos processos de gestão nas instituições de saúde.

Assim, a preocupação dos pesquisadores para a busca de notificação da sepse, pela melhoria dos indicadores e da contínua excelência na qualidade na assistência aos pacientes com esse quadro clínico é recomendada para as empresas privadas e públicas.

Após análise do estudo realizado na instituição campo de estudo, certificada pela ONA, além da observação na prática clínica de assistência a pacientes com sepse e com base no referencial teórico atualizado pesquisado, apresenta-se a descrição do protocolo.

Os atuais dados nacionais mostram que a mortalidade por sepse no país, mormente em hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), é muito elevada e bastante acima da mortalidade mundial. O estudo *Sepsis PREvalence Assessment Database (SPREAD)*, conduzido pelo ILAS em 229 unidades de terapia intensiva (UTI) brasileiras selecionadas aleatoriamente para representarem, de maneira adequada, o cenário nacional, apontou que 30% dos leitos de UTI do país estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico. A letalidade nesses pacientes foi de 55%.

Esses dois achados fazem demonstram o custo elevado da sepse no país, tanto do ponto de vista de vidas perdidas como do econômico (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2015). As atuais evidências demonstram que a efetiva implementação de protocolos assistenciais gerenciados, baseados nessas diretrizes, apresentam impacto na evolução desses pacientes. No Brasil, recentemente publicada em parceria com o ILAS, a casuística de uma rede de hospitais. Utilizando a estratégia de implementação do instituto, obteve-se redução importante da letalidade ao longo dos trimestres do processo de 55% para 26% (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2015).

A maior casuística disponível no Brasil, embora não publicada, é a do Instituto Latino Americano para Estudos da SEPSE (ILAS), instituição envolvida no treinamento de hospitais no processo de implementação de protocolos gerenciados de sepse. O banco de dados do ILAS, construído nos últimos 10 anos, tem hoje mais de 30 mil pacientes. Apesar do viés inevitável, pois se tratam de instituições envolvidas em programas visando redução de mortalidade, os dados são bastante preocupantes.

A letalidade global, atualmente, é de 46%. Entretanto, o que mais chama a atenção é a diferença significativa de letalidade entre instituições públicas (58,5%) e privadas (34,5%). Além disso, observou-se a elevada letalidade entre pacientes provenientes dos serviços de

urgência e emergência da rede pública (58,7%) em comparação com os 21 dados da rede privada (27,5%). Dados da literatura apontam para uma menor letalidade nesse subgrupo de pacientes (26,5%) em comparação com pacientes que fazem sepse quando já internados em unidades regulares de internação (39,8%) ou em unidades de terapia intensiva (42,8%). Essa menor letalidade é explicada pela maior frequência de pacientes jovens, sem comorbidades e com infecções comunitárias em comparação com os demais cenários onde parte importante das infecções é associada com a assistência à saúde em pacientes portadores de outras doenças (ZONTA et al., 2018).

2.1 Fisiopatologia da sepse

Quando o organismo reconhece a presença de um agressor, promove importantes alterações. Para Viana, Machado e Souza (2017, p. 24)), nessas circunstâncias, ocorrem manifestações inflamatórias que abrangem a “ativação de citocinas, produção de óxido nítrico, radicais livres de oxigênio e expressão de moléculas de adesão no endotélio”. Ressaltam também as alterações nos processos de coagulação e fibrinólise.

As autoras salientam que

[...] deve-se entender que todas essas ações têm o intuito fisiológico de combater a agressão infecciosa e restringir o agente ao local onde ele se encontra. Ao mesmo tempo, o organismo contra regula essa resposta com o desencadeamento de resposta anti-inflamatória. O equilíbrio entre essas duas respostas é fundamental para que o paciente se recupere. O desequilíbrio entre essas duas forças, inflamatória e anti-inflamatória é o responsável pela geração de fenômenos que culminam em disfunções orgânicas. Basicamente, tem-se as alterações celulares e circulatórias, tanto na circulação sistêmica como na microcirculação. Entre as alterações circulatórias, os pontos mais marcantes são a vasodilatação e o aumento de permeabilidade capilar, ambos contribuindo para a hipovolemia relativa e hipotensão. Do ponto de vista da microcirculação, tem-se a heterogeneidade de fluxo com redução de densidade capilar, trombose na microcirculação e alterações de viscosidade e composição das células sanguíneas (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017, p. 24).

Ressalta-se que “todos esses fenômenos contribuem para a redução da oferta tecidual de oxigênio e, por consequência, para o desequilíbrio entre oferta e consumo, com aumento de metabolismo anaeróbio e hiperlactatemia” (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017, p. 24). Além disso, fazem parte dos mecanismos geradores de disfunção os fenômenos celulares de apoptose e hipoxemia citopática, quando há dificuldade na utilização de oxigênio pelas mitocôndrias (ZONTA et al., 2018).

2.2 Diagnóstico e tratamento precoce da sepse

A precocidade na identificação e no diagnóstico da disfunção orgânica e, conseqüentemente, seu tratamento, estão diretamente relacionados com o prognóstico do paciente. Uma vez diagnosticada a sepse ou o choque séptico, condutas que visam à estabilização do paciente são prioritárias e devem ser tomadas imediatamente, dentro das primeiras horas.

Uma vez que inúmeros motivos podem atrasar sua adoção na prática clínica, a campanha recorreu ao *Institute for Healthcare Improvement* para elaborar um programa educacional no sentido de acelerar esse processo. Nesse sentido, foram criados os pacotes (*bundles*) da sepse. Conceitualmente, o pacote se refere a um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas sólidas oriundas de estudos publicados na literatura sobre o tema e que, quando praticadas em conjunto, apresentam maior eficácia do que quando aplicadas individualmente. Inicialmente, foram criados os pacotes de uma hora, seis e 24 horas (ANEXO A) (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018a).

Enfatiza-se que as medidas apresentadas se referem apenas às primeiras horas de atendimento. Embora essas sejam consideradas as “horas de ouro”, a qualidade do atendimento durante toda a internação do paciente é fundamental para garantir bons desfechos. Esses pacientes devem ser transferidos o quanto antes para unidades de cuidados intermediários ou UTIs para seguimento do tratamento.

2.3. Competência da equipe multidisciplinar

Segundo Anjos e Santos (2017), a atuação agregada de distintos profissionais engloba um atendimento complexo, voltando a atenção e o cuidado para o cliente e para os familiares. A atuação multiprofissional é muito importante, quando relacionada com o cuidado eficiente. Isso gera rapidez na obtenção do resultado. A equipe é responsável pelas ações assistenciais, intervenções e resultados. Contudo, cabe ao enfermeiro, a tomada de decisões, a manutenção do trabalho em equipe, lideranças e responsabilidades.

A equipe multiprofissional deve trabalhar seguindo um roteiro que inclui a visita diária ao cliente, análise e discussões a respeito da sua evolução, prescrições, plano de alta e sessões de estudo. Assim, a equipe consegue atender toda necessidade ou problema que possa surgir seguindo os princípios do cuidado. Dessa forma, segundo Costa (1978), é necessária uma

sintonia no papel de cada profissional em prol da qualidade assistencial que se resume em cada atividade ser realizada com diligência conforme descrito:

- a) O técnico de enfermagem tem em sua atribuição verificar os dados vitais segundo o que foi prescrito pelo médico ou enfermeiro e comunicar imediatamente os sinais sugestivos de sepse;
- b) O enfermeiro, diante das alterações dos dados vitais, deve abrir o protocolo de sepse, acionar a equipe médica sobre as alterações, preencher o formulário de gerenciamento da sepse, acionar laboratório para coleta dos exames de sangue, garantir com a equipe o acesso venoso periférico e a administração do antibiótico em até uma hora;
- c) O médico deve definir se dará continuidade ao protocolo de sepse ou encerrá-lo para seguir com tratamento individualizado fora do protocolo, solicitar exames laboratoriais pela prescrição padrão, prescrever antibiótico e reposição volêmica se necessário e manter acompanhamento do paciente; solicitar transferência do paciente para o CTI, quando ele for elegível de acordo com os critérios de gravidade: choque séptico, hipotensão, hiperlactatemia, ventilação mecânica;
- d) O laboratório deve coletar os exames laboratoriais em até 20 minutos após a abertura do protocolo de sepse e encaminhar as amostras de lactato e hemocultura imediatamente para análise. O objetivo é ter o resultado do lactato em até 30 minutos da abertura do protocolo de sepse e encaminhar o resultado do lactato para o enfermeiro pessoalmente e via sistema informatizado.

Os indicadores são elaborados visando monitorar a aplicação do protocolo e gerenciamento de cada profissional na adesão ao acionamento e manejo de todo processo, desde o acionamento até a efetividade da coleta de exames e intervenção clínica pelo médico.

O ambiente hospitalar também pode contribuir como fonte de contaminação, portanto, atenção às condições em relação à limpeza concorrente e limpeza terminal. O contato com o paciente pode ser fonte de contaminação pela manipulação durante a assistência realizada sem a devida precaução como a higiene das mãos ou a escovação cirúrgica e a falha da execução de técnica asséptica em procedimentos específicos (MOLINA, 1996; RICHTMANN, 1996).

Um dos meios a serem utilizados para o tratamento adequado é a implantação de normas e rotinas, manuais elaborados, em sua maioria, por enfermeiros, pois estes contêm cuidados já preconizados que devem ser tomados quanto ao ambiente, à equipe de enfermagem, ao uso de equipamentos de proteção individual e ao paciente. Servem também,

como base teórico-científico, para norteio da equipe, principalmente quanto à realização dos procedimentos como o do funcionamento da instituição e de cada setor.

A equipe de enfermagem responde por grande parte dos mecanismos de prevenção, seja em atividades administrativas quando supervisiona e faz treinamento de pessoal, seja compondo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), onde sua atuação é imprescindível ou, ainda, nos cuidados prestados, devido ao fato de estar em contato direto e intenso com o paciente (PEREIRA et al., 2007).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Abordagem e método

Para alcançar os objetivos propostos optou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa. Yin (2015, p. 7) relaciona cinco características da pesquisa qualitativa:

1. estudar o significado das condições de vida real das pessoas; 2. representar a opinião das pessoas ante um estudo; 3. abranger o contexto social, cultural, econômico e relacional no qual as pessoas vivem; 4. contribuir com revelações sobre conceitos que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; 5. o esforço em utilizar múltiplas fontes de evidência.

A finalidade desta pesquisa é a capacidade de “gerar teoria, descrição ou compreensão”. Busca compreender o processo mediante o qual os agentes entrevistados constroem significados sobre o tema a ser investigado (BOGDAN; BILKLEN, 1994, p. 67).

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela é própria para se investigar questões muito particulares, inscritas em determinado fenômeno social, pois procura descrever e explicar: significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. É uma abordagem que se aprofunda no mundo dos significados das ações e das relações humanas, aspectos que não podem ser percebidos, nem capturados por equações, médias e cálculos estatísticos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Para Minayo e Deslandes (2007), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Quanto a finalidade, trata-se de uma pesquisa descritiva, cujo objetivo foi descrever criteriosamente os fatos e os fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (TRIVIÑOS, 2008). Vergara (2000, p. 47) argumenta que a “pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza”.

O método de investigação empregado nesta pesquisa foi o estudo de caso. Segundo Yin (2005), o uso do estudo de caso é adequado quando se pretende investigar o como e o porquê de um conjunto de eventos contemporâneos.

Gil (2010) aponta alguns propósitos dos estudos de caso: 1) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; 2) preservar o caráter unitário do objeto

estudado; 3) descrever a situação do contexto em que está sendo feita uma determinada investigação; 4) formular hipóteses ou desenvolver teorias; e 5) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexas que não permitam o uso de levantamentos e experimentos.

O cenário do estudo é um hospital geral de grande porte, de natureza privada, localizado no município de Belo Horizonte, que possui certificações que validam o alto padrão de qualidade da assistência prestada. Acreditado Pleno pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) desde 2008 e acreditado com excelência desde 2018, o que demonstra evolução no sistema de gestão da qualidade. Além disso, hospital é certificado pela norma *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO), que representa o reconhecimento de um hospital brasileiro de padrão internacional.

3.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

No presente estudo, a unidade de análise teve como participantes os profissionais de saúde que fizeram uso do protocolo de sepse. Os sujeitos da pesquisa foram cinco profissionais médicos e 30 enfermeiros supervisores dos setores de Urgência Emergência, Unidade de Internação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A seleção dos participantes da pesquisa se deu de maneira não probabilística intencional, em que os entrevistados obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser médico ou enfermeiro com atuação na instituição por, pelo menos, um ano no hospital; e ter vivência na condução do processo de gestão assistencial. Nesse contexto, o sujeito pode ser delimitado de forma clara na composição da unidade de estudo, de forma observacional ou descritiva, definindo o grupo a ser estudado. O critério de exclusão adotado foi o de não ter participado das decisões relacionadas à gestão dos protocolos de sepse e de se encontrar afastado do hospital por motivos diversos no momento da coleta de dados.

Ressalta-se que o número de sujeitos foi definido no decorrer da coleta de dados, sendo utilizado o critério de saturação (YIN,2015), que consiste na interrupção das entrevistas ao obter informações redundantes e que pouca novidade acrescentava aos tópicos abordados. As entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência de realização e, para manter o anonimato dos participantes, foram utilizadas as letras: letras M para os médicos e ES para enfermeiros supervisores, seguidas do número de ordem de realização das entrevistas. Exemplo: ES 1 (Enfermeiro supervisor 1), M1 (Médico 1) (Quadro 1).

Quadro 1 - Siglas de identificação para categoria profissional

Entrevistado	Categoria Profissional
ES1	Enfermeiro(a)
ES2	Enfermeiro(a)
ES3	Enfermeiro(a)
ES4	Enfermeiro(a)
ES5	Enfermeiro(a)
ES6	Enfermeiro(a)
ES7	Enfermeiro(a)
ES8	Enfermeiro(a)
ES9	Enfermeiro(a)
ES10	Enfermeiro(a)
ES11	Enfermeiro(a)
ES12	Enfermeiro(a)
ES13	Enfermeiro(a)
ES14	Enfermeiro(a)
ES15	Enfermeiro(a)
ES16	Enfermeiro(a)
ES17	Enfermeiro(a)
ES18	Enfermeiro(a)
ES19	Enfermeiro(a)
ES20	Enfermeiro(a)
ES21	Enfermeiro(a)
ES22	Enfermeiro(a)
ES23	Enfermeiro(a)
ES24	Enfermeiro(a)
ES25	Enfermeiro(a)
ES26	Enfermeiro(a)
ES27	Enfermeiro(a)
ES28	Enfermeiro(a)
ES29	Enfermeiro(a)
ES30	Enfermeiro(a)
M1	Médico
M2	Médico
M3	Médico
M4	Médico
M5	Médico

Fonte: Elaborado pelo autor

3.3 Técnicas de coleta de dados

A coleta de dados é o ato de aprofundar, juntar documentos e provas, procurar informações sobre determinado tema ou conjunto de temas correlacionados e agrupá-las de forma a facilitar uma análise criteriosa de uma inquietação sobre um assunto (VERGARA, 2000).

Segundo Triviños (2008) e Manzini (2003), é necessário o planejamento de questões que atinjam os objetivos pretendidos, a adequação de perguntas, a elaboração de roteiros e sua adequação por meio de juízes, a realização do projeto piloto para, dentre outros aspectos, adequar o roteiro e a linguagem.

Com base nisso, foi desenvolvida a entrevista semiestruturada que conteve em suas características a elaboração prévia do roteiro aplicado aos profissionais médicos e enfermeiros de forma aleatória. Para a sua construção, o pesquisador/profissional, ao estruturar a metodologia utilizada no processo de entrevista, teve como primeiro procedimento à construção e validação do instrumento de coleta de informações.

Os dados foram coletados em uma sala de reunião do hospital, por meio de entrevistas individuais, utilizando um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) e gravadas mediante a autorização dos participantes, posteriormente foram transcritas na íntegra (TRIVIÑOS, 2008; MANZINI; SIMÃO, 2001). A partir desta etapa, realizou-se um teste piloto do roteiro com outros profissionais que não fizeram parte da pesquisa para verificar a compreensão dos participantes e adequação das perguntas.

Com o objetivo de explorar o material dos entrevistados percebeu-se a necessidade de aprofundar na pesquisa, estabelecendo categorias para evidenciar uma análise sob o ponto de vista da implantação do protocolo de sepse na instituição e o papel dos profissionais. A categorização facilita a análise da informação, fundamentada no problema da pesquisa e nos objetivos da análise de conteúdo (MORAES, 1999).

Faz-se necessário compreender que a análise do material se processa de forma cíclica e circular, e não, de forma sequencial e linear. Os dados não falam por si. É necessário extrair deles o significado. Isto, em geral, não é atingido num único esforço. O retorno periódico aos dados, o refinamento progressivo das categorias, dentro da procura de significados cada vez melhor explicitados, constituem um processo nunca inteiramente concluído, em que, a cada ciclo, pode atingir-se novas camadas de compreensão (MORAES, 1999).

Dessa forma, optou-se por classificar as categorias para que os dados fossem analisados exhaustivamente e evidenciassem o nível de entendimento sobre a implantação do protocolo de sepse e o papel dos profissionais no seu gerenciamento.

O procedimento de análise das perguntas permitiu a construção de duas categorias: a) a implantação do protocolo na instituição; b) o papel dos profissionais no protocolo. Destacase que nas discussões evidenciou-se o conhecimento prévio da equipe, a eficiência da implementação de um protocolo institucional, as etapas do protocolo, o grau de adesão e as contribuições do protocolo para instituição e para o papel dos profissionais, a importância da

equipe multidisciplinar e o papel do enfermeiro e o papel do médico no gerenciamento do protocolo. Os elementos descritos foram discutidos ponto a ponto no decorrer do trabalho. Foram entrevistados 35 profissionais da saúde, sendo 30 enfermeiros e cinco médicos das unidades de internação, centro de terapia intensiva e pronto atendimento. As entrevistas foram realizadas nos postos de trabalho, no período de 01/10/2019 a 30/10/2019. Nove entrevistas foram realizadas no sábado para permitir a participação da equipe de enfermeiros do noturno.

3.4 Técnica de análise de dados

As informações coletadas foram tratadas utilizando a Análise de Conteúdo, na modalidade categorial temática. Segundo Bardin (2010), a análise é desenvolvida respeitando-se três fases:

- . A primeira é a pré-análise, ou seja, a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Para tanto, todo o material foi organizado e realizada leitura “flutuante” possibilitando a apreensão das primeiras impressões do conteúdo dos dados.
- . Na fase de exploração do material, realizou-se leitura exaustiva, marcação do texto e recorte das unidades de registro. Após leitura exaustiva, procedeu-se com o processo de codificação e categorização das temáticas levantadas, organizando as “unidades de registros” em duas categorias: implicações da comunicação para a instituição; e estratégias de comunicação para melhoria da qualidade e controle da Sepsis na Unidade de Emergência, Unidades de Internação e Centro de Terapia Intensiva (CTI).
- . Na terceira fase, após a categorização, procedeu-se com a análise dos conteúdos, interpretando e inferindo sobre os dados, tendo como base a literatura.

Para a descrição e a análise dos dados foi necessário estabelecer temas e subtemas. A categoria temática “Implantação do protocolo de sepsis na visão dos entrevistados” foi dividida em quatro subtemas. As categorias temáticas “Papel dos profissionais no desenvolvimento do protocolo sepsis” e “Contribuições do protocolo para o hospital” não foram subdivididas (Quadro 2).

Quadro 2 - Análise de conteúdo: temas e subtemas

Temas	Subtemas
Implantação do protocolo de sepse na visão dos entrevistados	Conhecimento do protocolo de sepse
	Fases de implementação do protocolo de sepse
	Etapas do protocolo de sepse
	Grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepse
Papel dos profissionais no desenvolvimento do protocolo de sepse	-
Contribuições do protocolo de sepse para os processos assistenciais	-

Fonte: Elaborado pelo autor

3.5 Aspectos éticos

O estudo atendeu a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos. O estudo foi realizado mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Felício Rocho (HFR), sob o N°.10578919600005125. O anonimato dos participantes foi garantido em todas as fases do estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os riscos de constrangimento foram minimizados com a escolha de locais reservados para a realização das entrevistas e clarificação das dúvidas sobre a pesquisa.

4 CAMINHO PERCORRIDO PARA IMPLANTAR O PROTOCOLO DE SEPSE

O modo de conduzir o processo de investigação científica, segundo Silva (2003), é um reflexo da visão de mundo de cada pesquisador. No entanto, esse processo está mediado por condições sociais, institucionais e científicas que determinam a sua produção. Assim, é fundamental não escamotear a realidade dos fatos. A produção do conhecimento é, ao mesmo tempo, um fato humano, histórico e social, em que o pesquisador deve ter como meta a integração do fenômeno estudado à sua localização histórica.

Fundamentado nessa compreensão, este capítulo aborda a história da instituição, campo de pesquisa, relata a implantação do protocolo de sepse a partir do diário de campo do pesquisador e o fluxograma da SEPSE na instituição.

4.1 Local de estudo: Hospital Felício Rocho

O Hospital Felício Rocho (HFR), localizado na Avenida do Contorno 9.530, em Belo Horizonte, Minas Gerais, tem por entidade mantenedora a Fundação Felice Rosso.

Em 24 de março de 1937, Nicolas Felice Rosso recebeu em sua sala, no Hotel Avenida, o tabelião do Cartório Oficial de Pessoas Jurídicas de Belo Horizonte, Ferreira de Carvalho para assinar a escritura de doação de parte de seus bens para a Fundação Ítalo-Brasileira Felice Rosso. Assim, nessa reunião, cumpriu seu desejo criando uma instituição hospitalar para cuidar dos necessitados e desamparados. Esse fato ocorreu na presença de Américo Gasparini, Dona Mariazinha, Cônsul Tulio Grazziolli, Cônsul honorário Conde Belli di Sardes, Dr. Braz Pellegrino, Antônio Falci, Rafael Gagliardi, Arthur Savassi, Dr. Paulo Diniz Carneiro e José Nunes Pereira. Com a doação de seus bens para o hospital, essa instituição foi inaugurada em 21 de junho de 1952 (RESENDE, MARTINS; GOUVEIA, 2012).

De acordo com os autores, anotações da época contam que, desde fevereiro de 1937, Gasparini e seus amigos, interessados na organização da Fundação Ítalo-Brasileira Felice Rosso, se reuniam, ora em sua casa à Av. Tocantins, 273, (hoje, Av. Assis Chateaubriand), ora na Casa d'Itália, à rua dos Tamoios, 341, tomando as primeiras decisões relativas ao cumprimento da vontade do amigo. Esse primeiro grupo era formado pelo Cônsul da Itália, Tullio Grazziolli, pelos médicos Braz Pellegrino e Paulo Diniz Carneiro, médico do Instituto Ezequiel Dias e marido da única sobrinha de Felice Rosso e o próprio Gasparini. Esse grupo trabalhava informalmente, pois a escritura de doação determinava que “em vida do instituidor,

ele seria o administrador da Fundação, com a liberdade de nomear os auxiliares que considerasse necessários.

O hospital atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece atendimento gratuito a pacientes carentes. Atende, também a pacientes particulares e aos encaminhados por mais de 60 administradoras de planos de saúde conveniados. Conta com mais de 340 leitos distribuídos em apartamentos e enfermarias, 60 leitos de CTI adulto, 20 leitos de CTI cardiovascular, 15 leitos de CTI pediátrico, 40 leitos de CTI geral, 20 salas de cirurgia, sala de recuperação pós-anestésica, sala cirúrgica para procedimentos de otorrinolaringologia e três salas de vídeo-endoscopia.

O quadro de médicos congrega cerca de 700 profissionais. Nas áreas administrativas e técnicas, atua um corpo funcional de, aproximadamente, 2.500 empregados. Desses, 1.600 funcionários entre enfermeiros e técnicos atuam na gestão e na assistência direta aos pacientes.

Atende mais de 60 especialidades da medicina, sendo algumas delas exclusiva dessa instituição. Atende à sua responsabilidade social/educacional, mantém o Núcleo de Ciências da Saúde Felício Rocho (NCSFR), que tem como missão promover ações voltadas para o incremento do ensino na área da saúde e da pesquisa clínica. O NCSFR promove, em parceria com demais instituições, cursos de pós-graduações *latu sensu*, visando assegurar oportunidade constante de qualificação e especialização para diversos profissionais ligados à área de saúde. Além disso, o NCSFR congrega em sua área física o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho. O Núcleo de Ciências da Saúde Felício Rocho (NCSFR) coloca à disposição dos profissionais um acervo bibliográfico e serviços que atendam às necessidades de informação, adotando modernas tecnologias para o tratamento, recuperação e transferência da informação.

Desde 2010 o Hospital Felício Rocho (HFR) foi classificado como “Hospital de Excelência em Saúde” pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), Nível III e certificação internacional NIAHO/DIAS. Ao longo de sua existência vem incorporando, de forma contínua e permanente, novas tecnologias e modernos equipamentos para as mais diversas aplicações, essenciais para o atendimento à saúde e para salvar vidas, principalmente nas questões de alta complexidade. Isso favorece o aprimoramento dos diagnósticos e dos tratamentos, além de beneficiar o trabalho do corpo clínico e a capacitação dos demais profissionais de saúde (RESENDE; MARTINS; GOUVEIA, 2012).

4.2 A Construção do protocolo sepse

Este capítulo apresenta de forma descritiva os caminhos do pesquisador no Hospital Felício Rocho (HFR) para realizar a implantação do protocolo de sepse de forma institucional. O protocolo de sepse foi elaborado a partir da necessidade do seu gerenciamento de forma institucional. Em 2017, a coordenação do Pronto Atendimento observou que o indicador de sepse contemplava somente o início de antibiótico em até uma hora após a coleta do sangue e que as análises críticas desse indicador apresentavam fragilidades no tempo para coleta e falha no início do antibiótico. Observava-se que a causa raiz tratada na análise crítica não contemplava as tratativas para as fragilidades apresentadas e, por isso, naquele momento, surgiu a inquietação com tal situação e a necessidade de realizar uma revisão da literatura sobre o tema e investigar como outras instituições hospitalares estavam gerenciando a sepse.

Foi evidenciado pela busca ativa na instituição que o protocolo de gerenciamento da sepse não contemplava todos os setores e, mesmo onde já estava implantado, muito diferente do preconizado pelo Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS).

A partir desse momento, foi criado um pequeno grupo de trabalho composto pela coordenação médica do PA, coordenação de enfermagem, coordenação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e um enfermeiro assistencial para rever todo processo do gerenciamento de Sepse, tomando como referência as etapas de implantação preconizadas pelo ILAS. Realizado o mapeamento dos profissionais sobre conhecimento do protocolo de sepse e, a partir do levantamento das necessidades de treinamento, as equipes foram treinadas.

Em janeiro de 2018 os profissionais foram treinados por meio de aula expositiva e conceitual. Em fevereiro do mesmo ano, foram realizadas intervenções interativas em que várias perguntas sobre sepse foram escritas e colocadas em um recipiente e, de forma itinerante, os membros da equipe multidisciplinar, a saber, técnicos de laboratório, médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros participaram.

Dessa forma, o conceito foi construído com a participação gradativa da equipe multidisciplinar no conhecimento do protocolo de sepse. Paulatinamente, a equipe foi aderindo ao protocolo e sugerindo melhorias no processo, como por exemplo, a mudança do indicador de início do antibiótico em até uma hora da coleta do material biológico. Em seguida, o início do antibiótico, coleta de lactato e volemia. Para que a informação fosse coletada em cada etapa do processo, foi implantado um formulário para melhor gerir os tempos que garantem a gestão do protocolo de sepse e, conseqüente, a melhoria nas análises críticas.

A adesão ao protocolo no pronto atendimento foi melhorando e, para atingir melhores resultados, era necessário que o protocolo fosse implantado em outras áreas do hospital, dando continuidade ao tratamento quando o paciente fosse transferido para outro setor e para acionamento de casos de sepse na unidade de internação e terapia intensiva.

O protocolo de sepse ganhou dimensão e visibilidade na instituição, levando a uma assistência mais efetiva. Em abril de 2018, foram incluídos os setores da terapia intensiva e de unidade de internação com os seus representantes, onde foi elaborado o protocolo para o atendimento dos pacientes com base nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a Sepse e com ênfase nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no momento da triagem. O protocolo de tratamento foi disponibilizado no ícone ferramentas, no *site* da *intranet* e nas unidades do pronto socorro central e unidades de terapia intensiva e o fluxo descritivo no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

O protocolo institucional foi implementado nas unidades de terapia intensiva, pronto socorro e unidade de internação. Em cada unidade, foi necessário padronizar a ferramenta (formulário) para registro das ações do gerenciamento da sepse, com os tempos e com medidas tratativas para cada momento do acionamento do protocolo. Para garantir a sintonia com a equipe de enfermeiros, técnicos e médicos foram realizadas várias ações de divulgação em grupos de discussões, em que era trabalhado um caso clínico real, auditorias *in loco* nas áreas para chamar a atenção para sepse, melhoria da comunicação dos setores como laboratório e a farmácia. Todas as ações foram implementadas de maio a dezembro de 2018.

Em 2019, foi realizado o primeiro simpósio do pronto atendimento, trazendo a reflexão sobre o paciente e a continuidade do tratamento com a transição do cuidado, fortalecendo as medidas de adesão ao protocolo por meio de campanhas e de consultoria do ILAS no hospital.

O gerenciamento do Protocolo de Sepse no Hospital Felício Rocho, até 2017, era realizado de forma não sistematizada. A partir daí, o protocolo foi desenvolvido em virtude da inquietação da coordenação de enfermagem do pronto atendimento (PA) na época, por não existir na instituição algo semelhante gerenciável e institucionalizado. No primeiro momento, foi necessário envolver a supervisão de enfermagem para que pudesse aumentar a sensibilidade para a detecção dos casos suspeitos de sepse ainda no setor de triagem com a implantação do formulário com os fatores descritos e indicados pelo ILAS.

A partir da necessidade institucional, em meados de 2017, se fez necessário apresentar o protocolo na íntegra para equipe de enfermagem por meio de aulas expositivas, discussão de caso clínico, campanhas sobre Sepse e a importância dos técnicos de enfermagem na beira

leito, comunicando ao enfermeiro as possíveis alterações dos dados vitais, despertando na equipe o empoderamento no gerenciamento da Sepsis.

As ações foram realizadas de forma interativa no auditório e nos corredores. As campanhas fizeram parte do jornal mural da instituição e fundo de tela dos computadores. Em paralelo a essas ações, foi evidenciado em setembro de 2017 a necessidade de revisar o protocolo de Sepsis, estabelecendo um comitê com a presença dos principais médicos com representatividade nas clínicas, representante do laboratório, controle de infecção, coordenação de enfermagem e gerência para trabalhar o protocolo institucional de forma multidisciplinar.

A partir das reuniões mensais norteadas pela análise do indicador, mesmo com protocolo fragmentado, foram definidas estratégias em janeiro 2018 e revisão do fluxo no atendimento da triagem do pronto atendimento. Foi inserido na rotina um formulário recomendado pelo ILAS no momento da triagem, com direcionamento desse paciente para a emergência e, com isso, otimizar o tempo de atendimento e desdobramento da conduta clínica de cada caso.

Na avaliação desse fluxo, observou-se a necessidade de melhorar a comunicação com o laboratório para a coleta do sangue e a liberação dos resultados, sendo implementado no PA um posto de coleta próximo a grande urgência. Isso, otimizou o tempo de coleta e a comunicação entre os profissionais que realizam esse procedimento e da realização dos exames na área técnica.

A inserção do protocolo no cotidiano assistencial proporcionou a centralização na coordenação da unidade de internação e o compilamento dos dados institucionais por uma profissional da enfermagem. Ressalta-se que todos os profissionais foram capacitados para a utilização do *Software* do ILAS com a finalidade de reportar os dados do hospital e realizar a análise crítica institucional. As análises setoriais foram realizadas mensalmente pela coordenação de cada setor.

A equipe precisa saber que a liderança está com ela em todos os momentos, motivando, desenvolvendo, apoiando a fazer pelo paciente o necessário para devolvê-lo a família com sua saúde restabelecida, pois o tempo no gerenciamento da Sepsis é vida.

É importante enfatizar a relevância de os profissionais de saúde estarem conscientes para atuarem em interdisciplinaridade, favorecendo maior articulação, permitindo responder adequadamente às novas situações referentes à vida e, em especial, no caso de atendimento ao paciente com quadro clínico de sepsis e, assim, adotarem a melhor conduta a ser assumida.

Com essa visão, os profissionais da área de saúde devem assumir uma nova postura técnica científica, ética e de relações interpessoais em prol da qualidade na assistência. O exercício da humanização e a adoção de critérios de decisão nos serviços de saúde, bem como o respeito aos direitos dos clientes, devem ser a tônica do exercício profissional interdisciplinar nessa área do conhecimento científico.

4.3 O fluxograma de triagem para pacientes com suspeita de sepse

Esse protocolo deve ser iniciado para os pacientes com suspeita de sepse e choque séptico. A instituição decidiu, de acordo com a sua disponibilidade de recursos humanos e capacidade de triagem, que o protocolo de sepse será aberto na presença de SRIS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) e de e suspeita de infecção (elevada sensibilidade, permitindo tratamento precoce e prevenindo disfunção orgânica), ou a partir de presença de disfunção orgânica em pacientes com suspeita de infecção grave, priorizando, nesse caso, o atendimento daqueles mais graves

A presença de disfunção orgânica clínica também desencadeia a suspeita de sepse. A abertura de protocolos com base apenas na presença de disfunção orgânica promove o diagnóstico num estágio mais avançado da síndrome. Por outro lado, o acionamento apenas com base nos critérios de SRIS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) torna a ferramenta mais sensível. De uma forma ou outra, a responsabilidade prioritária para essa detecção é da enfermagem, e esses profissionais devem ser especificamente e rotineiramente treinados para tal fim.

O médico deve ser acionado na presença de dois critérios de SRIS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) ou, logicamente, na presença de uma disfunção orgânica. A ficha de triagem deve contemplar esses critérios. Ela deve ser aplicada tanto na triagem dos serviços de urgência/emergência, acoplada às estratégias já existentes de estratificação de risco, como nas unidades regulares de internação.

A enfermagem, ao identificar um paciente potencial, pode proceder à abertura do protocolo, com o preenchimento da ficha e o acionamento da equipe médica. A avaliação médica define se há ou não foco infeccioso suspeito como causador da SRIS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica), ou seja, o médico define se será dada continuidade ao atendimento com base no diagnóstico de possível sepse ou se deve ser afastado. A equipe médica pode optar por não dar seguimento ao protocolo em pacientes em cuidados de fim de vida ou com doenças infecciosas específicas, como dengue, leptospirose ou malária.

Da mesma forma, em pacientes apenas com critérios de SRIS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) e baixa probabilidade de sepse, jovens e sem comorbidade, pode-se optar por interromper o seguimento (ANEXO B). Assim, numa instituição bem treinada, em que as equipes estão atentas ao diagnóstico de sepse e com alta sensibilidade, diversos protocolos seriam abertos, sendo muitos deles encerrados com o afastamento do diagnóstico (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2019).

A instituição deve ser capaz de identificar todos os pacientes com suspeita de sepse, de forma a permitir o diagnóstico precoce. Todos os setores do hospital devem utilizar instrumentos de triagem, para detecção precoce do paciente séptico.

Embora haja várias estratégias validadas para triagem, o ILAS adota a mesma utilizada pela Campanha de Sobrevivência à Sepse, baseada na presença dos critérios da SRIS e de disfunção orgânica. Esse é o momento em que se configura a abertura do protocolo, isto é, o acionamento das ações a serem executadas para determinado paciente em casos com suspeita de sepse.

O treinamento deve se basear na detecção pela enfermagem desses critérios. Sugestões de fichas de triagem podem ser encontradas no ícone “Ferramentas” no *site* do ILAS e no *check-list* de gerenciamento de sepse (ANEXO D; ANEXO E) (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2019).

5 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo, o conteúdo das entrevistas é descrito e analisado. Inicia-se com a categoria temática “Implantação do protocolo de sepse” na visão dos entrevistados e seus quatro subtemas: Conhecimento do protocolo de sepse; Fases de implementação do protocolo; Etapas do protocolo; e Grau de adesão e contribuições do protocolo. Na sequência, apresenta-se a categoria temática “Papel dos profissionais no desenvolvimento do protocolo de sepse” e, por último, a categoria temática “Contribuições do protocolo de sepse para o processo assistencial”.

Optou-se por apresentar a pergunta que deu origem ao tema e subtema em um quadro contendo os extratos dos relatos que sintetizam a resposta de cada respondente, para na sequência analisar o conteúdo à luz do referencial teórico selecionado.

5.1 Implantação do protocolo de sepse na instituição na visão dos entrevistados

Essa categoria temática engloba quatro subtemas e, cada um deles, está relacionado a uma pergunta do roteiro de entrevistas.

5.1.1 Conhecimento do protocolo de sepse

A primeira pergunta dirigida aos entrevistados foi: “Você conhece o protocolo de Sepse da Instituição?”

Esta pergunta teve por objetivo identificar o quanto o quadro de profissionais de saúde estava envolvido com a implantação do protocolo, entendendo, como aponta a literatura (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018a), que ter acesso a informações de qualidade facilita a adesão e promove o comprometimento dos funcionários com a inovação que está sendo introduzida.

O Quadro 3 apresenta a síntese das respostas.

Quadro 3 - Extratos dos relatos sobre o conhecimento do protocolo de Sepsis

Entrevistado	Extrato de relatos
ES1	Conheço [...]. A coordenação, junto com a gerência, fez um treinamento junto com a equipe [...] para que os enfermeiros também agregassem junto a equipe técnica.
ES2	Conheço.
ES3	Conheço [...]. Foi implantando tem pouco tempo.
ES4	Sim [...] foi implantando [...] tem dois meses [...] para agilizar todo o processo do paciente.
ES5	A gente recebeu um treinamento da enfermeira que ficou responsável pelo protocolo.
ES6	Eu fui treinada há pouco tempo [...] agora está sendo implantando no CTI.
ES7	Nós fomos treinados pela enfermeira coordenadora da unidade de internação
ES8	Conheço porque eu trabalho com ele [...] no CTI tem pacientes críticos que precisam quase todos os dias.
ES9	Conheço a partir de um treinamento que foi ministrado pela enfermeira coordenadora da unidade de internação. No primeiro momento, foi feito pela coordenação para garantir o desdobramento das informações, nos empoderando e trabalhando nossa autonomia com os técnicos de enfermagem.
ESS10	Fiquei conhecendo através da coordenação do setor [...].
ES11	Os enfermeiros foram treinados pela enfermeira do setor, nos mostrando o protocolo, o sistema MV Qualidade e o documento que a gente imprime quando tem um paciente com suspeita de sepsis.
ES12	Sim.
ES13	Conheço.
ES14	Sim.
ES15	Sim, conheço.
ES16	Conheço o protocolo. Foi apresentado para nós pela enfermeira coordenadora da Unidade de Internação.
ES17	Sim.
ES18	Sim. A gente foi treinado em relação ao protocolo de sepsis. Na capacitação foi detalhado o que era sinais de alerta, definição de código amarelo e a deterioração clínica.
ES19	Conheço. Já tive a oportunidade de ver.
ES20	Sim.
ES21	Sim.
ES22	Conheço.
ES23	Conheço.
ES24	Conheço.
ES25	Sim. Foi apresentado no momento que eu entrei.
ES26	Conheço.
ES27	Sim.
ES28	Sim, Conheço. Tenho bastante conhecimento sobre o protocolo.
ES29	Sim. Inclusive, eu tive a experiência de aplicar este protocolo recentemente[...]. Através dos sinais e sintomas que o paciente apresenta de saturação, hipotensão, prostração, febre e aí é aplicado esse protocolo.
ES30	Aqui na pediatria quase não se usa o protocolo de sepsis, em virtude de termos poucas crianças internadas que possam sugerir sepsis. Eu conheci porque eu treinei dois dias lá no PA adulto.
M1	Foi ministrada aula aos residentes sobre o protocolo, devido a necessidade do conhecimento do protocolo ser disseminado para médicos e equipe de enfermagem e um se apoiar no outro.
M2	Não, na verdade eu tenho o protocolo de sepsis estruturado na minha cabeça, mas eu não vi a foto do nosso protocolo, para eu ver que está igual ao protocolo que eu conheço.
M3	Conheci depois que eu rodei na grande urgência.
M4	Na Cardiologia não tive muito contato com o protocolo em virtude dos quadros mais voltados para cardiologia, mas, aqui na grande urgência do pronto socorro, tive contato devido o maior atendimento ser clínico e que sugerem uma triagem onde as alterações dos sinais vitais sugeriam sepsis. Por isso conheço o protocolo.
M5	Conheço.

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que entre os 35 entrevistados, apenas um médico não conhece o protocolo de sepse da instituição, sendo que os demais afirmaram ter conhecimento e relataram a participação em treinamentos ministrados por membros da equipe médica e de enfermagem. Os achados revelaram que os profissionais possuem conhecimento quanto à parte teórica do protocolo, como evidenciado no relato dos profissionais ES1, ES5, ES7, ES9, ES11, ES18 e M1. Eles afirmam que foram treinados nos procedimentos a serem realizados, ou seja, quanto aos motivos da existência do protocolo.

É possível considerar que a equipe de enfermagem tem entendimento e conhecimento sobre o protocolo. Ela considera importante que esse conhecimento seja garantido por meio da educação continuada, para que o seu gerenciamento pela equipe que está mais próxima do paciente seja feito de forma assertiva, atendendo com qualidade os quatro pontos da adesão ao protocolo de sepse (antibiótico em até uma hora, volemia, coleta de lactato e coleta do sangue em até no máximo 20 minutos).

A atuação da “equipe de enfermagem é imprescindível no gerenciamento do protocolo clínico de sepse”, pois é ela “que está mais próxima do paciente durante todo o cuidado, desde a sua admissão na unidade hospitalar até a alta, podendo detectar precocemente os sinais e os sintomas” (VERAS et al., 2019, p. 293).

Segundo Medeiros et al. (2015) e Ferreira e Nascimento (2014), a equipe deve ser devidamente treinada para o reconhecimento suspeito ou confirmado de sepse. O enfermeiro deve conduzir a avaliação de forma sistematizada, utilizando a ferramenta processo de enfermagem em que, a primeira etapa, consiste na coleta de dados, sendo a anamnese e o exame físico fundamentais para o diagnóstico precoce de sepse, direcionando de forma objetiva o cuidado de enfermagem.

Realizando um comparativo dos extratos dos relatos das equipes de enfermagem e dos médicos entrevistados, percebeu-se que existe uma fragilidade na consolidação do protocolo na visão dos médicos residentes entrevistados, conforme fica explícito no relato de M2, identificando oportunidade de melhoria a ser tratada pela equipe da educação continuada e comunicação. O ponto a ser observado reforça a necessidade de o protocolo ser trabalhado de forma institucional e que todos, independente da especialidade ou local de trabalho, possam conhecer sobre o seu gerenciamento.

A implantação de protocolo sepse demonstra resultado virtuoso sobre os indicadores assistenciais e gerenciais ao analisar o seu impacto iniciado por enfermeiros, as conformidades com o *bundle* antes e após implementação e os preditores de mortalidade hospitalar. Após a implantação do protocolo, houve melhorias significativas na mensuração

dos níveis séricos de lactato, na redução dos tempos dispendidos da identificação da sepse à colheita da hemocultura e no início da administração do antibiótico, mesmo sem estar dentro do tempo recomendado pelo *bundle* (GOULART, L. S. et al., 2019).

Os dados encontrados na literatura afirmam que o protocolo possui a vantagem de ser uma ferramenta que direciona o cuidado, alinha a expectativa com o serviço que participa do fluxo e faz com que as intervenções sejam aplicadas rapidamente, além de auxiliar no diagnóstico precoce de sepse. Tal fato impacta diretamente na redução da mortalidade, com consequente refreamento do tempo de internação hospitalar, o qual eleva custos de tratamento ao hospital (MEDEIROS et al., 2015).

Os protocolos são padronizações estruturadas e bem delineadas que oferecem suporte na assistência clínica, pois dispõem de uma sequência temporal do cuidado, diagnóstico e tratamento definido, objetivando oferecer qualidade no serviço e melhorando os cuidados de saúde. Para realização desse processo é necessária a mobilização e o envolvimento de gestores, coordenadores e colaboradores para melhorar a compreensão sobre a importância de implementar essas padronizações e, conseqüentemente, aderir as estratégias propostas, entendendo que o objetivo é tornar o cuidado mais seguro (MEDEIROS et al., 2015).

Não obstante, cumpre lembrar que todos os integrantes das equipes de enfermagem devem intensificar, como prática do ensino, o aprimoramento contínuo acerca do conhecimento técnico e científico, como consta em seu código de ética profissional (ALCÂNTARA; MARQUES, 2009), buscando prevenir danos e promover a recuperação da saúde do doente. Para isso, o enfermeiro deve agregar conhecimento, raciocínio lógico e fundamentação teórica ao desempenhar as suas atividades, mas também a sua equipe deve ser capacitada, para garantir qualidade ao serviço prestado ao doente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM [COFEN], 2007).

É relevante a adoção do protocolo clínico de sepse pela instituição, pois há um empoderamento da equipe de enfermagem no seu manejo, visto que o enfermeiro, ao perceber sinais e sintomas que sugerem quadro de sepse no paciente, pode acioná-lo imediatamente. Há também um melhor direcionamento do cuidado por todos os envolvidos no processo, pois, devido ao protocolo, o atendimento é realizado em tempo hábil, os exames e administração dos medicamentos acontecem também de forma mais rápida (CINTRA, NISHIDE; NUNES, 2013).

5.1.2 Fases de implementação do protocolo de Sepsis

As novas diretrizes da Campanha de Sobrevivência à Sepsis recomendam fortemente que todas as instituições de saúde adotem estratégias para a detecção de pacientes com sepsis, e tentem instituir programas de melhoria da qualidade de atendimento baseados em indicadores bem definidos (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSIS, 2018a).

A segunda pergunta dirigida aos entrevistados foi: “Você se lembra como foi implantado o Protocolo de Sepsis? Poderia descrever as etapas?”

Com esta pergunta, pretendeu-se verificar a qualidade das informações referente à implantação do protocolo de sepsis. O Quadro 4 apresenta os extratos dos relatos.

Quadro 4 - Extratos dos relatos sobre as fases de implementação do protocolo

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES1	Foi criado um protocolo junto ao MVPEP, junto com a coordenação de TI, gerência e coordenação de enfermagem, onde fizeram o protocolo no sistema, montou-se uma apresentação para a equipe e, paralelo ao sistema, foi feito um impresso [...] que a gente poderia preencher e, depois de fechado o protocolo, lançar no sistema. Isso tudo para não atrasar.
ES2	Primeiro a gente avalia o paciente. Quem dá e aciona o protocolo de sepsis é a enfermagem. A gente aciona o médico e aí avalia os dados vitais, os dados laboratoriais. Se tiver alguma alteração começa o protocolo.
ES3	Sinceramente, eu não lembro como aconteceu. Mas, a coordenação, chamou a gente para conversar. Então, falou que era um novo protocolo.
ES4	Não lembro.
ES5	Eu sei porque eu fiz o curso do protocolo de sepsis do ILAS. Mas, da estruturação aqui, do processo como ele aconteceu, eu não sei te dar 100% de informação sobre ele.
ES6	Não, porque eu só.
ES7	Eu acho que a implantação ocorreu na unidade de internação antes de vir para gente. Porque, geralmente, o <i>start</i> do protocolo de sepsis acontece fora do CTI. Eu sei no setor, que foi o treinamento que a gente teve.
ES8	Começou com o código azul. Aliás, com o código amarelo para poder verificar os sinais que está mostrando que esse paciente está deteriorando e, a partir disso, a gente abre o protocolo de sepsis.
ES9	A implementação deste protocolo foi feita assim. Mas, isso, foi na semana passada. Então, esse processo está bem, tá muito engatinhando.
ES10	Não, infelizmente eu não consigo lembrar agora as etapas dele.
ES11	O protocolo de sepsis foi implantado junto com a equipe de enfermagem, coordenação de enfermagem e o hospital fez uma parceria com o ILAS. Através dessa parceria eles atualizaram o protocolo e iniciaram o andamento do protocolo no Hospital Felício Rocho.
ES12	Ele foi implantado pela gerência, pela coordenação de enfermagem e nós seguimos o protocolo da ILAS.
ES13	Eu lembro que gerência tinha passado para gente alguns artigos para gente ler depois e fomos juntos conversando [...]. A coordenação também conversou. Começou com a gente.
ES14	Eu não sei porque sou do noturno. Então, eu não participei do processo de implantação.
ES15	Começou com o questionário. Ele foi reformulado em setembro e continua até hoje com um novo formulário.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 4 - Extratos dos relatos sobre as fases de implementação do protocolo

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES16	Ele foi implementado primeiramente em um impresso e, às vezes, assim, a gente coloca ele no sistema. Então, a gente identifica todos os sinais vitais do paciente junto com o médico.
ES17	Quando ele foi implantado eu estava de licença. Tem uns três meses. Teve a apresentação.
ES18	Não sei.
ES19	Eu tive contato com esse protocolo uma única vez. Quando eu estava no período de treinamento, nós acionamos o protocolo e aí chegou uma determinada fase que o médico optou por não dar continuidade. Então, o paciente continuou a ser atendido na própria unidade.
ES20	Aqui, mais ou menos dois meses foi implementado.
ES21	É, na verdade, quando eu cheguei já tinha um protocolo de sepse, eles fizeram algumas modificações e, aí, eles estão colocando essas modificações no novo protocolo.
ES22	Quando eu entrei já estava nesse processo de implementação.
ES23	Quando eu entrei o protocolo de sepse estava começando a ser implementado.
ES24	[...] iniciou esse ano. Mais ou menos em agosto.
ES25	Não lembro, eu estou há um mês no PA adulto.
ES26	Antes era diagnóstico médico [...] depois que implantou mesmo o formulário foi quando a gente passou a ter mais participação no protocolo. Eu não me lembro quando que foi não, mas teve na triagem que a gente colocou uma folhinha lá para as meninas preencherem quando entrasse uma paciente [...] e dava sequência na assistência aqui dentro.
ES27	Eu acompanhei a implantação. Ele começou pela triagem. Então, eu participei somente da implantação, das pesquisas.
ES28	Não. Eu não me lembro. Eu não estava na instituição.
ES29	A implementação dele eu não tenho conhecimento [...]. Eu não estava na instituição.
ES30	Não.
M1	Não. Foi passado um fluxo atual. Mas, a forma de planejamento, não.
M2	Não. Não vi nenhum protocolo.
M3	Participar da implementação eu não participei.
M4	Não sei falar nada a respeito.
M5	Não, porque não estava na instituição.

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à implementação do protocolo de sepse na instituição, observa-se que dos 35 entrevistados, 14 não conhecem ou não estavam na instituição no período de implantação.

Por intermédio das entrevistas, foi identificada a necessidade deste protocolo ser melhor divulgado entre os membros da equipe multidisciplinar para garantir a gestão correta da informação e, conseqüente, a adesão ao protocolo.

Faz-se necessário que os profissionais da enfermagem e de outras áreas das ciências da saúde, estejam em constante desenvolvimento profissional, aprimorando seus conhecimentos, principalmente em agravos a saúde humana. No caso da sepse, sendo hoje considerada um grave problema de saúde pública, a obra apresentada vem proporcionando aos seus leitores grandes contribuições para o planejamento da assistência e para a tomada de decisão clínica baseada em evidências (ROSA et al. 2018, p. 1).

O gerenciamento de um protocolo, para sua efetividade, consiste em dois pontos fundamentais: o entendimento de que o protocolo seja ele a sua finalidade, sendo este uma recomendação que deve ser seguida, visando a sua eficácia; e, o outro, é o registro dos

problemas enfrentados diante da atuação. Sendo os problemas visualizados como uma proposta de melhoria (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Ao comparar os extratos dos relatos de ES4, ES6 e ES18 com as declarações de M1, M2, M3, M4 e M5, ficou evidente a necessidade de rever a forma de implantar um protocolo, com a intenção de evitar níveis tão heterogêneos de conhecimento pela equipe de um procedimento importante para o desfecho clínico do paciente.

Segundo o Instituto Latino Americano da Sepse (2018), as instituições em parceria com as estratégias de implementação do instituto obtiveram redução importante da letalidade ao longo dos trimestres posteriores ao processo, de 55% para 26%. Dessa forma, informar a equipe sobre como se deu o processo de criação e implementação do protocolo na instituição é diferente de simplesmente ordenar que sigam o protocolo. Isso, proporciona o convencimento sobre sua importância e o engajamento de todos. Nota-se que no hospital em estudo, a equipe de enfermagem apresenta maior adesão ao protocolo e mais conhecimento sobre o processo de implantação.

A utilização de protocolos fornece estrutura científica ao cuidado do paciente crítico, favorecendo a autonomia da equipe multidisciplinar e a atualização do conhecimento embasado por evidências científicas. Com o aumento da incidência da sepse, surge a necessidade de adoção de medidas eficientes, tanto em âmbito individual como coletivo, para que a equipe esteja capacitada a iniciar o tratamento de forma precoce, dinâmica e efetiva, minimizando a mortalidade associada. Cabe ressaltar que todos os itens com fortes evidências de validação no protocolo de assistência do enfermeiro ao paciente séptico deverão posteriormente ser submetidos a estudos de validação clínica, para constatar sua efetividade (PEDROSA; OLIVEIRA; MACHADO, 2018, p. 1172).

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem e se constituem em importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se dessas tecnologias é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuários (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Diferentes estratégias voltadas para a prevenção e redução dessas infecções da corrente sanguínea são relatadas e praticadas pelas instituições hospitalares. Elas são embasadas em recomendações específicas de órgãos oficiais e guias, que englobam o treinamento das equipes, a padronização de procedimentos, o uso de *check-lists* para procedimentos invasivos, os protocolos de cuidados e a avaliação por meio de indicadores (BRASIL, 2017; WEINER, 2016). Com base nisso,

[...] Schorr et al. demonstraram uma redução significativa nos custos diretos relacionados com o tratamento de pacientes com sepse grave imediatamente após a

implantação de protocolos de tratamento recomendados no SSC (*Surviving Sepsis Campaign*). O nosso estudo também avaliou uma fase mais tardia (após os protocolos SSC estarem em ação por um ano) durante a qual as taxas de mortalidade continuaram elevadas, provavelmente devido a um retardo no diagnóstico e demoras para iniciar o tratamento apropriado. Foram feitas tentativas de reduzir os atrasos no diagnóstico e avaliar o efeito que esses atrasos têm na mortalidade (KOENIG et al., 2010, p. 216).

5.1.3 Etapas do protocolo de sepse

Elaborar um protocolo não é uma tarefa fácil. Requer conhecimento, disciplina, paciência, trabalho em equipe, parcerias e recursos. O profissional de saúde precisa conhecer, em detalhes, a realidade do setor sob a sua responsabilidade. Ou seja, reconhecer as áreas de riscos (socioambientais) e quem está mais exposto a esses riscos, conhecer os problemas de saúde e sua distribuição no setor, apontar as prioridades e, quando for o caso, definir quem pode ajudar (parceiros para as ações intersetoriais) e os recursos necessários (humanos, materiais e financeiros). Nesse sentido, os protocolos podem ajudar a definir, padronizar e revisar continuamente a maneira de processar a atenção direta à saúde e as ações de organização do serviço (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A terceira pergunta dirigida aos entrevistados foi: “Você se lembra das etapas do fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de Sepsis?”

As etapas consistem em alterações de dois ou mais sinais vitais, comunicação com o médico sobre a suspeita de sepse, realização dos exames, início de antibiótico em até uma hora e, em caso de disfunção orgânica, fazer teste volêmico e início de aminas.

Para que a assistência de enfermagem ao paciente séptico seja adequada, o enfermeiro deve, primeiramente, conhecer as definições, conceitos, fisiopatologia, quadro clínico e intervenções terapêuticas pertinentes à sepse. Assim, o enfermeiro pode se tornar um multiplicador de conhecimentos para a equipe multiprofissional e contribuir para a implementação de protocolos e condutas, baseado em evidências científicas, para que as ações sejam realizadas de maneira uniforme (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017, p. 54).

A pergunta teve por finalidade obter mais informações sobre o grau de conhecimento das equipes sobre o protocolo por meio da descrição das entrevistas realizadas com médicos e enfermeiros. Isto, porque o processo de aprendizagem cooperativo fortalece o conhecimento e os relacionamentos interpessoais, uma vez que o trabalho das equipes de saúde se desenvolve de forma coletiva (COGO, 2006) (Quadro 5).

Quadro 5 - Extratos dos relatos sobre as etapas do fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de sepse

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES1	Eu avalio se aquele meu paciente tem alguma disfunção [...] uma hipotensão, uma queda do estado geral de prostração [...] e, imediatamente comunico a equipe médica e a equipe médica avalia o paciente [...]. Eu tenho uma hora para iniciar o antibiótico no paciente e, aí, eu aciono o laboratório. No momento que eu aciono, eu tenho que informar que já é um <i>start</i> para o protocolo de sepse [...] e, aí, hoje, nós enfermeiros já podemos abrir o protocolo de sepse [...]. Eu não dependo do médico para isso. Então, eu já aciono o laboratório, já peço ao médico prioridade para avaliar esse doente. O médico vem, avalia e prescreve [...], o laboratório vem colher esse exame [...], enquanto meu técnico já vai estar na farmácia para recolher o antibiótico para iniciar [...]. Tudo isso, em menos de uma hora para ter vazão no meu protocolo de sepse.
ES2	Primeiro, a gente avalia o paciente [...], quem dá o <i>start</i> do protocolo de sepse é a enfermagem. A gente aciona o médico e, aí, avalia os dados vitais, os dados laboratoriais. Se tiver alguma alteração, começa [...].
ES3	A gente vai lá avaliar e aciona o médico e fala que a gente está abrindo o protocolo de sepse. O médico vem e avalia se ele quer ou não permanecer neste protocolo de sepse. Se ele quiser, ele solicita os exames no sistema [...]. A gente já liga no laboratório para colher a hemocultura e os outros exames [...], as meninas já vão pegando o antibiótico [...] aí, a gente vai monitorando o paciente, continua avaliando os dados dele a cada 30 minutos, dependendo da gravidade faz a monitorização e vai discutindo com o médico se é necessário vaga de CTI. Se não estabilizar paciente, entra com antibiótico. Estabilizou, o protocolo fecha.
ES4	O enfermeiro vai lá para verificar os dados vitais e tudo. Se tiver compatível com o histórico, a gente comunica o médico.
ES5	O acionamento inicia a partir dos dados que informam se o paciente tem o quadro de sepse ou não, se ele tem alguma alteração do sinal vital [...]. Do primeiro atendimento médico faz a solicitação de exames [...] o enfermeiro informa pelo protocolo a hora da solicitação de exames e a coleta [...], a gente tem que iniciar o antibiótico até uma hora depois da identificação dos sinais.
ES6	O paciente apresentou alteração dos sinais vitais acionando código amarelo. Enfermeiro é acionado para o Protocolo de Sepse. O médico prescreve a coleta de sangue e inicia os antibióticos e outras medidas, caso o médico julgue necessário.
ES7	Sim. É necessário ficar atento aos fatores de risco, porque o tempo é muito importante para gerenciamento do Protocolo de Sepse. O questionário é bem direcionado e bem didático para o preenchimento das alterações clínicas.
ES8	Através dos sinais de deterioração clínica registra os dados vitais, aciona o código amarelo e agiliza a coleta de sangue, culturas e início de antibiótico.
ES9	Detectadas alterações, o enfermeiro anota os dados, comunica o médico que tem pouco tempo para fazer as prescrições para laboratório, para fazer a coleta dos materiais e a enfermagem iniciar o antibiótico.
ES10	Através das alterações dos dados vitais, consigo acionar o médico e gerenciar o protocolo de sepse.
ES11	Através das alterações, o médico é comunicado, define condutas do gerenciamento do protocolo de sepse e se o paciente permanece na Unidade de Internação ou vai para Terapia Intensiva.
ES12	O técnico de enfermagem dá a sinalização sobre e qualquer deterioração clínica do paciente ao enfermeiro, que comunica ao médico para as devidas prescrições de exames de sangue e antibióticos para início o quanto antes.
ES13	O técnico enfermagem identifica as alterações nos sinais vitais do paciente e reporta para o supervisor que avalia o paciente e comunica médico.
ES14	O paciente apresentou alteração dos dados vitais. Inicia o protocolo de sepse e do gerenciamento dos tempos de coleta de sangue, resultados de exames e de antibióticos
ES15	Alterações detectadas nos dados vitais, aciona-se enfermeiro e médico para início do protocolo de sepse e gerenciamento dos tempos.

(Continua...)

Quadro 5 - Extratos dos relatos sobre as etapas do fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de sepse

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES16	O enfermeiro é um profissional importante na identificação desses sinais vitais, [...]. O médico é comunicado em conjunto com a gente e vai sinalizar a abertura do protocolo de sepse e, aí, vai dar andamento.
ES17	Através das alterações verificadas é realizado a coleta de sangue e início de antibióticos.
ES18	Apresentado alterações dos sinais vitais é realizada comunicação imediata ao plantonista enfermeiro e médico. O técnico, após as prescrições, administra o antibiótico em até uma hora.
ES19	Apresentado alterações dos sinais vitais é realizada a comunicação imediata ao plantonista enfermeiro e ao médico
ES20	O atendimento do caso suspeito de sepse tem que ser atendido rápido [...], o enfermeiro aciona o médico.
ES21	A primeira etapa é de avaliação dos sinais vitais de instabilidade hemodinâmica [...], o técnico de enfermagem verifica os dados do paciente e vê que tem alguma alteração [...], enfermeiro avalia o paciente aciona o médico para dar início ao protocolo de sepse.
ES22	Dependendo de como é apresentada a alteração dos dados vitais o médico não aceita acionar o protocolo de sepse.
ES23	O paciente apresentou uma alteração clínica é acionado o enfermeiro e preenchido o formulário de gerenciamento de sepse.
ES24	O paciente apresentou dois ou mais dados vitais alterados, comunica enfermeiro e médicos para solicitação dos exames para garantir que os tempos do protocolo sejam atingidos
ES25	Sim, nós temos um fluxograma. Ele fala que se tiver duas alterações dos dados vitais do paciente já pode começar a <i>start</i> do protocolo e encaminhar esse paciente para o GU. (Grande urgência).
ES26	Identificada alteração nos sinais vitais, é comunicado ao enfermeiro para a coleta e início de antibiótico.
ES27	Na verdade, começou com o [...] e fez algumas alterações nos indicadores que a gente tinha aqui no hospital.
ES28	Paciente apresentou dois ou mais dado vital alterados, comunica enfermeiro e médicos para solicitação dos exames.
ES29	Sim. A partir do momento em que paciente apresentar dois ou mais critérios do protocolo a gente preenche esse protocolo de sepse, posiciona esse paciente na sala de urgência e aciona o laboratório juntamente com o médico.
ES30	O paciente apresentou alteração de dois ou mais sinais vitais, inicia o protocolo de Sepse.
M1	Sim. Primeiro o paciente tem alguma alteração do dado vital, alguma coisa que leve o técnico ou o enfermeiro a suspeitar, comunica o médico e avalia o paciente no leito. Fica a critério iniciar o protocolo de sepse ou não [...] porque o enfermeiro pode dar entrada também. A partir desse momento, o paciente tem que ser monitorizado, acesso, pedindo os exames no laboratório em uma aba especial do computador. O laboratório tem que ser comunicado que o protocolo de sepse foi iniciado.
M2	É necessário conhecer o paciente e sempre avaliar o estado perfusional, se está respondendo ou não. às medidas suplementares.
M3	Já sabia manejar o protocolo antes de estar neste hospital
M4	O fluxograma começa com a identificação dos pacientes, que podem ter ou não a chance de ter sepse. Aí, é comunicado para a equipe [...], esse paciente é direcionado e, aí, é feita a coleta dos exames e se inicia o antibiótico na primeira hora.
M5	Sim. Primeiro você vai identificar quem tem os critérios [...] são dois [...], vai acionar o serviço de urgência que pode ser tanto o pronto atendimento quanto a unidade de internação que vão tomar as medidas de acordo com caso do paciente.

(Conclusão)

Fonte: elaborado pelo autor.

Observou-se que os 35 entrevistados demonstraram ter conhecimento das etapas do fluxograma de implantação do protocolo de sepse.

Fazendo um comparativo entre os relatos de ES1 e M1, percebeu-se uma coerência importante nas informações prestadas que garantem a efetividade e a qualidade no atendimento de pacientes com suspeita de sepse. Outro ponto importante no alinhamento da equipe multidisciplinar, pois traz ganhos assistenciais, econômicos e espírito de equipe com humanização.

Protocolos devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado) (PIMENTA et al., 2017, p. 17).

Para a realização da primeira fase do protocolo faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer os sinais e os sintomas da doença, não deixando margem para sua evolução, bem como a realização dos exames (hemocultura, gasometria, lactato, creatinina, bilirrubina, hemograma completo, cultura de sítios infecciosos) e a administração do antibiótico prescrito. O enfermeiro deve atentar para que o medicamento seja administrado após coleta de exames e administrar volume para hipotensão (DELLINGER et al., 2013)

Para a identificação do paciente com suspeita de sepse os seguintes passos devem ser cumpridos como: registrar o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional; todas as medidas devem ser tomadas a partir do momento da formulação da hipótese de sepse; todos os pacientes com protocolos de sepse abertos devem ter seu atendimento priorizado, com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica; realizar anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica; pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque devem ser alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, a fim de garantir o suporte clínico necessário; caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, deve-se garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que ele se encontra; e a ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante todo o atendimento de tratamento nas primeiras horas, a fim de facilitar a comunicação nos pontos de transição entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para o atendimento (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

Os passos se iniciam no ato do atendimento do paciente, seja na triagem no setor de urgência emergência ou onde o paciente estiver e apresentar alteração dos dados clínicos que sugiram sepse. Quando isso acontece, imediatamente é preenchido um formulário priorizando

o atendimento pelo emergencista, com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica.

O registro em prontuário é de extrema importância para garantir toda rastreabilidade do exame físico realizado e, em especial, os sinais clínicos e disfunções orgânicas com as medidas para otimizar a parte hemodinâmica com o desfecho clínico do paciente.

Avaliando os passos a serem seguidos diante da suspeita de sepse (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018b) com o conteúdo das entrevistas dos médicos e enfermeiros ficou notório o alinhamento das respostas. Dessa forma, o resultado dos fragmentos dos relatos das entrevistas fornece uma contribuição para os profissionais de saúde, dando subsídios para melhor planejamento, execução das ações voltadas para identificar os sinais e os sintomas, o mais rápido possível, o tratamento imediato, visando a prevenção de sequelas e morte, como também aliviar o sofrimento daqueles que a doença já se mantém instalada e necessitam do tratamento.

5.1.4 Grau de adesão dos profissionais ao protocolo sepse

A quarta pergunta dirigida aos entrevistados foi: “Como você classifica a sua adesão ao Protocolo de Sepse?”

A pergunta pretendeu obter mais informações sobre o conhecimento das equipes em relação ao protocolo (Quadro 6).

Quadro 6 - Extratos dos relatos sobre o grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepse

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES1	Precisamos melhorar a adesão ao protocolo, porque se a equipe não estiver junta, engajada, o processo não anda. Por isso, é necessária a capacitação para identificar o protocolo de sepse. acho bacana demais!
ES2	Aqui na unidade, a gente já abriu alguns protocolos. Acho que foram dois desde que foi implantado. O protocolo é bem tranquilo de preencher, está sendo assim, prático. Não temos dúvida.
ES3	Tenho autonomia para identificar a deterioração do paciente. Reavalio, aciono o médico abro o protocolo de sepse, o médico vem e avalia, solicita exames e monitora o paciente.
ES4	Eu, infelizmente, não abri um até hoje ou, felizmente, verdade. Mas, se tiver que abrir, eu acho que vou dar conta sim. Sem contar que o modelo é auto explicativo. Eu posso não saber de cór o passo a passo, mas eu tenho na folha, na minha prancheta, eu sigo ela sem problema nenhum.
ES5	Na terapia intensiva, o protocolo é seguido corretamente e o formulário implantado é prático e facilita a adesão.
ES6	Eu ainda não tive nenhum caso [...]. O setor que eu estou hoje, pela rotatividade ser muito alta, não é muito da característica de paciente com sepse. Preferencialmente, hemodinâmica. Então, eu ainda não tive.
ES7	Apresenta algumas fragilidades na continuidade do protocolo no CTI, porque as informações da unidade de internação nem sempre chegam, sendo necessário ligar para supervisão do andar.

(Continua...)

Quadro 6 - Extratos dos relatos sobre o grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepse

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES8	Acredito que minha adesão é boa. Eu acho que eu faço o que precisa ser feito dentro do protocolo e acredito que seja em tempo hábil.
ES9	Não tive nenhuma oportunidade ainda de fazer. Eu acho uma iniciativa importante, uma iniciativa que. Beneficia, principalmente, o paciente. Mas eu não tive oportunidade, é lógico que eu vou aderir, vou fazer, mas eu não tive oportunidade de implementar ainda.
ES10	A adesão minha, posso dizer que está um pouquinho falha. Mas não que eu estou totalmente leigo quanto ao protocolo de sepse.
ES11	Eu fui treinado quanto ao protocolo no meu setor, mas não tive oportunidade de abrir ainda em nenhum paciente. Então, a adesão minha é conhecimento. Na prática, eu não abri o protocolo em nenhum paciente ainda.
ES12	Boa. A gente fica de olho. Nossa adesão é 100%.
ES13	Não respondeu a pergunta.
ES14	A adesão da enfermagem é muito maior do que a médica. Então, ele não quer iniciar o protocolo. Eu acho que o da enfermagem é mais tranquilo mesmo. Para se adequar a esse protocolo, porque a gente vê a necessidade. Mas, o que é mais dificultador é o médico entender essa importância dele no gerenciamento do protocolo de sepse. Muitas vezes, precisamos iniciar esse protocolo e ele não concorda. .
ES15	Começa com o técnico aferindo os dados. Você tendo dúvida, verifica novamente e, a partir daí, que se começa o protocolo.
ES16	Eu já conheço esse protocolo de sepse de outra instituição [...]. A gente colocava no sistema e os exames laboratoriais já caíam no laboratório. Então, a gente tinha esse conjunto organizado com o técnico. Até agora, não precisei abrir nenhum protocolo de sepse junto com o médico. Não foi feito.
ES17	A pergunta não foi respondida.
ES18	Bom, todos os pacientes que apresentaram deterioração comigo, até agora, a gente iniciou o protocolo e aí confirmou ou não o protocolo e em um deles só que houve confirmação.
ES19	[...] eu procuro a todo tempo sempre quando o paciente tem alguma alteração de dado, sempre penso primeiramente neste protocolo, para ver se pode ter alguma relação. Bom, aqui no meu setor a demanda é muito baixa, por ser um setor pós-operatório os pacientes têm uma rotatividade maior. Aqui eu ainda não tive a oportunidade de implementar.
ES20	Então, hoje a gente tem que avaliar o paciente de forma holística mesmo. Então, às vezes, naquele momento, ele não está com dados instáveis, mas ele fala que não está muito bem, que está meio esquisito. Aí, a gente já começa a ficar mais atento com esse paciente. A gente já aciona a equipe médica para poder realmente deixá-los atentos, porque esse paciente pode sim evoluir para sepse.
ES21	Eu acho que, de uma maneira geral, a adesão da enfermagem é boa. Algumas vezes, ela está mais sedimentada do que a visão do médico. Eu acho que os médicos ainda não conhecem como é o fluxo do protocolo realmente, porque, às vezes, quando a gente sugere para o médico abrir o protocolo de sepse [...].
ES22	A gente sempre fica de olho na deterioração clínica do paciente. Eu penso nas etapas, olho primeiro os sintomas de deterioração que são os dados vitais, confusão mental, a parte de secreção, de diurese, e a parte laboratorial. A gente aciona o médico, avalia o paciente. Aí, a gente tem que anotar que horas o médico chegou, que horas que o médico avaliou, se o médico pediu algum exame, que horas que foi coletado, porque se não tiver sido coletado a gente tem que cobrar esse exame. Se ele prescreveu antibiótico e se esse antibiótico foi iniciado em até uma hora após a coleta. Aí, a gente avalia o paciente depois, para ver se ele estabilizou e vai ficar no setor ou se vai ser transferido.
ES23	Somos a linha de frente [...], antes da equipe técnica. Somos nós que estamos olhando os dados durante as 24 horas do paciente. Então, temos um papel fundamental.
ES24	É fundamental a equipe técnica que está à frente. Ela vê a alteração dos dados vitais e já aciona a gente. Já chama imediatamente para a gente dar o <i>start</i> no protocolo. Aí, em seguida, que a gente chama a equipe médica para dar continuidade. Mas, a gente pode dar início ao protocolo.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 6 - Extratos dos relatos sobre o grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepse

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES25	Estou em treinamento.
ES26	Eu sou super presente em relação ao protocolo. Fico no pé para fazer dar certo. Já pergunto o nome do antibiótico, aciono o laboratório, preencho tudo certinho, verifico se tem alguma falha ou demora. Então, colaborou muito ao protocolo de sepse.
ES27	Excelente! Eu acho que é muito bom, importante, corre menos risco do paciente ser esquecido. Porém, acho que ainda a ferramenta é um déficit para o hospital. É uma coisa que está sendo organizada para implantar, para entrar junto com o protocolo de sepse. Então, teoricamente, a gente tria o protocolo de sepse sem a ferramenta, sem uma documentação no sistema que a gente possa preencher.
ES28	Acho que a adesão é 100%, principalmente do enfermeiro para intervir de forma rápida e eficaz, nesse paciente. Então, acho que a adesão é 100%.
ES29	Bom, a minha adesão, a minha experiência foi muito pouca, foi só uma vez [...] minha primeira experiência foi satisfatória, até porque nós conseguimos alcançar o objetivo no tempo hábil que é fornecido pelo protocolo. Ele foi assertivo porque, a partir do momento que a triagem especificou que ele era candidato ao protocolo de sepse, o médico aderiu, informou que sim e foi satisfatório.
ES30	Aqui não se usa protocolo de sepse ou não se precisa usar muito. Lá em cima, quando treinei, todos os pacientes que entraram em algumas dessas duas características foi feito o protocolo.
M1	No momento foram poucos pacientes que eu pude colocar. Primeiramente, teve um pouco de falha, principalmente por parte questão do laboratório, que demorou muito. Mas a gente iniciou o antibiótico antes e, a outra vez, o protocolo no GU (grande urgência) foi bem realizado. Na unidade de internação tem um pouco de dificuldade.
M2	Eu não vi como ficou estruturado nosso protocolo, mas, eu acredito que, de uma certa maneira, baseado em Sepse 3, a gente tenta seguir o que é próximo do protocolo que a instituição protocolou. Então, a adesão ao protocolo é importante no sentido de minimizar os desfechos negativos da sepse, já que ela é uma entidade que tem alta mortalidade e uma grande parte dos nossos pacientes do CTI estão no contexto de sepse.
M3	Bom, eu acho que, como é uma das maiores causas de mortalidade hospitalar, a gente sempre foi muito bem orientado quanto aos critérios de taquipneia, de dessaturação, de hipotensão no contexto de infeccioso. Eu acho que eu consigo ser rápida assim.
M4	Aqui no pronto socorro, a gente tem cumprido o protocolo, porque é importante para o paciente. Quanto mais rápido a gente identificar e tratar esse paciente é melhor [...], o fluxograma, eu acho que está contribuindo e facilitando isso.
M5	Acho que a adesão aqui na instituição é boa. Os protocolos, eles são sempre instituídos a partir dos critérios e é feito o antibiótico na primeira hora, é colhido os exames.

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 35 entrevistados, dois não responderam à pergunta. Os demais relataram ter boa adesão ao protocolo, mas apresentaram oportunidades de melhoria contínua.

Segundo Pimenta et al. (2017), habitualmente, os protocolos são recursos fundamentais na atenção à saúde, sendo definido como o detalhamento de uma situação específica de assistência ou cuidado. Eles contêm as instruções operacionais sobre como se deve atuar com a finalidade de direcionar os profissionais nas decisões de assistência, garantindo a melhor comunicação e evitando erros humanos. Nos extratos dos relatos de M3, M5, ES27 e ES29, por exemplo, observou-se que, ter um protocolo de sepse garante a agilidade e sintonia da equipe que segue um padrão institucional, visando a assertividade das

condutas clínicas com a avaliação da eficácia por meio de indicadores de gerenciamento do protocolo com ciclos de melhoria.

A maioria das respostas faz referência a uma adesão favorável ao protocolo pelos profissionais, mas, ainda é possível evidenciar necessidades de melhoria na etapa de reconhecimento na deterioração clínica do paciente. Muitas vezes, por insegurança, é perdida a hora fundamental do início da deterioração, evidenciando a insegurança com o manejo do protocolo, fato percebido nos relatos dos ES14 e ES21.

O gerenciamento do protocolo clínico multiprofissional ocorre a partir da geração e acompanhamento de indicadores relativos aos processos e aos resultados, de acordo com o comportamento e desempenho da equipe em relação à adesão às boas práticas em saúde que são preconizadas pela instituição ou pelos *guidelines*. O acompanhamento desses indicadores possibilita a inferência na busca de melhorias na condução de cuidado até o alcance dos resultados propostos (MEDEIROS et al., 2015).

A demanda gerada pela suspeita de sepse promove o acionamento de processos envolvendo laboratório de análises clínicas para a coleta do sangue e a liberação dos resultados, como também o setor de imagens e a farmácia para liberação da medicação, exigindo agilidade dos profissionais. O extrato do relato de M1 evidencia a fragilidade no tempo de coleta e de liberação dos resultados, impactando na decisão clínica do paciente.

Observou-se que a causa principal do não atingimento das metas do gerenciamento do protocolo de sepse está relacionada com o início de antibiótico em até uma hora, coleta dos exames laboratoriais em até 20 minutos, coleta do lactato na primeira hora e com a sua adesão, em função da política de educação continuada, por permitir ao profissional aprender se sentir parte do processo. Ele deve se responsabilizar e se comprometer com o processo educativo dos demais membros da equipe na melhoria da qualidade assistencial. Deve também reforçar o papel da enfermagem como elo desse processo educativo e multidisciplinar.

Portanto, buscar agilidade para identificação e reconhecimento da doença é o objetivo principal da equipe de enfermagem nas ações desenvolvidas junto aos pacientes com sepse, identificando e orientando sobre sua patologia que reforça o papel de cada um no gerenciamento do protocolo de sepse.

O atendimento ao paciente séptico, nas primeiras 24 horas, é de suma importância para um desfecho favorável. Entretanto, outras ações são necessárias para o sucesso pleno em termos de sobrevida hospitalar e reabilitação após a alta, como o estabelecimento de uma

linha de cuidado adequada desde o momento da internação hospitalar (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

A identificação rápida da sepse e o uso de antimicrobianos específicos na primeira hora, logo após o diagnóstico, são medidas de manejo da infecção que possibilitam a sobrevivência do paciente. Porém, para que a identificação seja precoce e o tratamento seja adequado, é fundamental a aplicação efetiva dos protocolos da sepse e o treinamento dos profissionais de saúde (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

A sepse é diagnosticada, frequentemente, de forma tardia, já que os sinais e sintomas atualmente utilizados para o diagnóstico, como alterações na contagem de leucócitos, febre, taquicardia e taquipneia, não são específicos da sepse. Concomitantemente, falta adequado conhecimento a seu respeito entre profissionais da saúde. Esse desconhecimento tem inúmeras causas, entre elas, o déficit na formação e a falta de definições precisas e processos adequados para ajudar na identificação e tornar o planejamento de cuidados mais rápido e efetivo (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

Ao comparar os extratos dos relatos dos enfermeiros e dos médicos ficou evidente a preocupação com o atendimento e com o conhecimento dos tempos em relação à qualidade do suporte assistencial adequado para o desfecho efetivo.

A maioria dos estudos mostra que a rápida identificação da sepse, associada à terapêutica adequada e agressiva, pode trazer resultados favoráveis para o paciente. Para a identificação da sepse, deve-se levar em conta um fator muito importante: o tempo. O menor tempo para reconhecimento está associado a melhor evolução do quadro e ao prognóstico mais favorável. A recomendação é instituir a terapêutica para o paciente séptico no primeiro atendimento, antes mesmo de sua internação na UTI. O uso de antimicrobianos específicos na primeira hora, logo após o diagnóstico, contribui para a sobrevivência do paciente (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

Os extratos dos relatos demonstram que a sistematização e a busca por sinais sugestivos de infecção tornam precoce o diagnóstico da sepse e explica a importância da redução da mortalidade relacionada a esta doença. Outro ponto relevante é a sensibilização da equipe na observação da assistência e também com os meios de auxiliar a formação de uma consciência para identificação da doença, sendo utilizados pelos profissionais como forma terapêutica e na prestação de informação.

5.2 Papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento do protocolo de sepse

A quinta pergunta dirigida aos entrevistados foi: “Qual o seu papel no desenvolvimento desse protocolo?”

O objetivo foi o de identificar se os profissionais de saúde compartilhavam informações e decisões. As respostas são apresentadas no Quadro 7.

Quadro 7 - Extrato dos relatos sobre o papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento do Protocolo de Sepse

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES01	Eu falo assim, que esse protocolo é inédito. Em oito anos de instituição, eu acho que o enfermeiro não tinha tanto empoderamento como tem aqui. O empoderamento de discutir com o médico, de questionar conduta. Então, eu acho que o empoderamento da gente, enfermeiro, mostrar que nós também conhecemos a instabilidade clínica, que eu consigo evidenciar quando o paciente está em declínio, instável e, até, onde o médico vai intervir. Às vezes, chega um médico e fala: Nossa, e agora, o que eu vou fazer? Então, a gente junto, consegue fazer uma abordagem para o paciente sair satisfeito em condições clínicas boas e seguras [...], o paciente ganha, o enfermeiro ganha, ganha.
ES02	Então, é a gente que dá o <i>start</i> no protocolo e, a gente, não dá importância para o protocolo ou dados do paciente, para deterioração. A gente não tem o protocolo.
ES03	A gente tem a criticidade de avaliar o paciente e saber que ele está deteriorando. Para ele não evoluir para o código azul.
ES04	[...] porque se eu tiver um médico residente que não conhece o protocolo, eu que estou sinalizando para ele, se eu não cobrar da equipe, também não vai dar importância. Então, se o enfermeiro da unidade, que é o supervisor, o exemplo da própria equipe, não der importância, porque a equipe vai correr atrás?
ES05	O papel do enfermeiro começa com a identificação, quando o paciente tem alguma deterioração de algum sinal que pode ser o quadro de sepse [...]. É importante a figura do enfermeiro no contexto, porque são muitas pessoas agindo no contexto de sepse do paciente e a gente tem que ter uma figura que consegue acompanhar melhor a execução de cada etapa.
ES06	A gente da enfermagem é que está mais perto do paciente. É comunicação também, entre a equipe, equipe médica, o laboratório, a farmácia.
ES08	Acho que a enfermeira é crucial, porque é quem está na beira do leito. Quem está em contato com o paciente o tempo todo somos nós. Se a gente não consegue detectar os sinais de criticidade que ele está dando, ninguém vai ver. Meu papel é muito importante.
ES07	Tanto no CTI e na unidade de internação a gente não tem médico na beira do leito o tempo todo. O médico, 99% das vezes aqui no CTI, eles ficam na sala de prescrição ou no conforto médico. Então, quem faz a identificação da alteração clínica do paciente no primeiro momento é o enfermeiro. 90% é o técnico de enfermagem que está lá a beira leito, que identifica as anotações, vai chamando o enfermeiro e, a gente, vai conduzido aquilo. A gente medica com dipirona e comunica. Se a febre começa a aumentar a frequência cardíaca a gente comunica para o médico.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 7 - Extrato dos relatos sobre o papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento do Protocolo de Sepsis

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES09	É porque o enfermeiro é que está à beira leito. Ele que acompanha de fato. Então, é ele que vai anotar se o paciente está com algum sintoma ou sinal clínico de estar desenvolvendo uma sepsis. Ele pode chegar para o médico e comunicar precocemente os sinais. O médico prescreve esse antibiótico, mas é o enfermeiro que vai fazer a conferência. É o enfermeiro que vai ligar para o laboratório, cobrar do laboratório que isso seja feito no tempo correto, cobrar também que o antibiótico seja iniciado no tempo correto, acompanhar a evolução daquele paciente.
ES11	O enfermeiro, junto ao técnico, é o primeiro profissional que vai ver esse paciente [...]. Então, é o enfermeiro o elo de comunicação com o médico.
ES12	Nós é que iniciamos o protocolo. Se o enfermeiro não acionar ele não é iniciado. A gente que é a base do protocolo.
ES14	Muitas vezes, a gente questiona o médico... A gente tendo uma liderança, sabendo, tendo a informação para passar para ele e mostrando para ele a importância disso, muitas vezes, ele muda de ideia e inicia o protocolo
ES16	[...] também recebo paciente do pós-operatório [...]. Então, a gente tem que ficar atento a esses dados, essas etapas do protocolo, porque ele fundamenta [...], e ele (enfermeiro) também tem que ir se empoderando ao falar com o médico, a não somente ficar subordinado e abrir ou não. A gente tem que ter um pouco de empoderamento na hora que a gente tem que abrir o protocolo.
ES17	Muito importante, porque é o enfermeiro que dá o <i>start</i> para o início do protocolo. O médico dizendo sim ou não, é a gente que dá o <i>start</i> . Então, a gente tem que estar orientando a equipe de enfermagem pra caminhar junto, para eles poder nos acionar qualquer alteração do paciente, para poder iniciar este protocolo.
ES18	O enfermeiro é o responsável pelo gerenciamento do protocolo. Ele que estaria, se não o médico não vai saber. Então, o papel dele é indiscutível.
ES19	Eu acredito que a importância do enfermeiro para esse protocolo é realmente identificar o problema antes mesmo dele acontecer nos seus primeiros sinais. Sim, a minha adesão [...] eu procuro a todo tempo, sempre quando o paciente tem alguma alteração de dado, sempre penso primeiramente neste protocolo, pra ver se pode ter alguma relação. Bom, aqui no meu setor a demanda é muito baixa, por ser um setor pós-operatório, os pacientes têm uma rotatividade maior. Aqui, eu ainda não tive a oportunidade de implementar. Como eu disse anteriormente, só lá no setor que eu tive treinamento, é que eu tive oportunidade”
ES20	O enfermeiro, ele é um fator, um profissional importante na identificação. O enfermeiro é um profissional importante na identificação desses sinais vitais [...]. A gente comunica o médico plantonista. O plantonista também em conjunto com a gente vai sinalizar a abertura do protocolo de sepsis e, aí, vai dar andamento. O horário que foi acionado o médico, o horário que foi feita a coleta de sangue laboratorial e o horário que foi feita a antibioticoterapia venosa pra gente poder começar a dar o andamento ao protocolo.
M03	Eu acho muito importante, porque inclui não só nós, os médicos, mas o pessoal da enfermagem, o pessoal da coleta, tudo acontece de uma maneira muito rápida, justamente para gente não perder a hora de ouro, que é a hora do início do antibiótico. Então, eu acho importante quando você coloca tudo no protocolo e explica tudo para toda a equipe envolvida. Eu acho isso importante, porque a gente acaba conseguindo ser mais rápido e acaba instituindo o antibiótico mais rápido, coletar as culturas mais rápido, para poder começar o antibiótico [...], e isso acontece muito mais rápido aqui no pronto-atendimento do que na enfermaria, na unidade de internação.

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Os primeiros trabalhos multiprofissionais surgiram nas décadas de 1930/1940 e estavam ligados à área de saúde mental. O trabalho em equipe é

considerado importante, porém, difícil. É visto como uma maneira de dividir as responsabilidades e de se alcançar mais rapidamente a recuperação da saúde do paciente (SAAR; TREVIZAN, 2007). Essa visão faz com que cada profissional tenha uma percepção diferente da situação e, a união das diferentes percepções, facilitam a compreensão do todo, permitindo vislumbrar o paciente na sua totalidade. A imagem que se pode construir da equipe de saúde é a de um quebra-cabeças, no qual as peças se encaixam e o produto final retrata um todo complexo (SAAR; TREVIZAN, 2007).

A utilização de protocolos fornece estrutura científica ao cuidado do paciente crítico, favorecendo a autonomia da equipe multidisciplinar e a atualização do conhecimento embasado por evidências científicas. Com o aumento da incidência da sepse, surge a necessidade de adoção de medidas eficientes, tanto em âmbito individual como coletivo, para que a equipe esteja capacitada a iniciar o tratamento de forma precoce, dinâmica e efetiva, minimizando a mortalidade associada (NATALIO et al., 2014).

Ao analisar os relatos dos entrevistados ficou evidente que dentre os profissionais da equipe multidisciplinar o enfermeiro é o elo no acionamento do protocolo e o médico tem seu papel delimitado de forma mais clara e prescritiva. Destacou-se também a importância da equipe multidisciplinar e a sua sintonia no tratamento do paciente, ciente do protocolo e entendendo o papel de cada profissional de saúde no contexto do gerenciamento da sepse.

Para que a prestação de serviços à saúde seja de qualidade faz-se necessário que a assistência e a gerência estejam interligadas na execução do trabalho da enfermagem. O enfermeiro tem um papel fundamental neste contexto e na execução do protocolo de sepse.

Na prática do gerenciamento, o enfermeiro, como coordenador e articulador do processo de cuidar, utiliza as bases ideológicas e teóricas de administração clássica e a prática de gerenciamento de recursos. Para tanto, as ferramentas gerenciais são fundamentais, tendo em vista a contribuição para a organização e avaliação dos serviços de saúde/enfermagem e, em consequência, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde ofertada aos cidadãos (OLIVEIRA et al., 2017).

Os protocolos clínicos podem surgir como um grande aliado para equilibrar a relação de poderes entre médicos e enfermeiros. Quando são padronizados o manejo e o fluxo de doenças prevalentes ou com alta morbimortalidade, por intermédio de protocolos clínicos, garante-se que o processo do diagnóstico seja mais preciso (por meio de escores e critérios diagnósticos) e o manejo ocorra de forma sustentável e com maior eficiência. Portanto, os protocolos clínicos têm papel fundamental no equilíbrio da relação hospital-médico-paciente. Os médicos se beneficiam do tempo e da segurança na tomada de decisão, o hospital, com a

racionalização de recursos e logística de processos e o paciente com a melhora da qualidade e da segurança do atendimento (KALLAS, 2018).

O ILAS recomenda, diante da sepse, que o acionamento da equipe médica é a conduta que deve ser adotada para dar prosseguimento na assistência ao paciente séptico. O Enfermeiro deve estar capacitado para distinguir os sinais e sintomas de forma a possibilitar que o profissional médico seja acionado (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2015).

Diante de pacientes críticos com sepse, o profissional enfermeiro deve ter um olhar clínico, estando atento às alterações hemodinâmicas, ter conhecimento científico em relação à patologia, aos sinais e aos sintomas, para poder atuar conforme as metas traçadas no protocolo de sepse, que tem como principal objetivo a identificação precoce do quadro de sepse. Os achados revelaram que os profissionais da enfermagem se sentem empoderados e com conhecimento quanto à funcionalidade do protocolo.

Com isso, os protocolos assistenciais reduzem a heterogeneidade das ações de cuidado, empoderam profissionais para a tomada de decisão e facilitam a comunicação entre a equipe e coordenador do cuidado, de forma que médicos e enfermeiros saibam seus papéis nas etapas do protocolo de sepse e se unam para garantir qualidade da assistência desse paciente.

5.3 Contribuições do protocolo de sepse para os processos assistenciais no hospital

O protocolo, nas instituições, é muito importante, porque orienta algumas ações que devem ocorrer durante a assistência e favorecendo a autonomia dos colaboradores. Seja para os que estão atuando ou para aqueles que estão chegando. Além disso, é um indicador da assistência prestada e a segurança para os profissionais e pacientes.

A sexta pergunta dirigida aos entrevistados foi: “Qual a contribuição do protocolo de sepse para os processos assistenciais?”

As respostas são apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 - Extratos dos relatos sobre as contribuições do protocolo de sepse para os processos assistenciais

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES1	O empoderamento de discutir com o médico, de questionar conduta, mostrar que conhecemos a instabilidade clínica, que consigo evidenciar quando o paciente está em declínio [...]. Mas, quem sai privilegiado é o paciente, porque ele está coberto de cuidados.
ES2	Então, o protocolo, ele vem para evitar que o paciente deteriore e vá a óbito. A abordagem o quanto antes é de extrema importância, porque, em caso de sepse, o tempo é vida.
ES3	Evitar que o paciente venha a óbito por causa de uma sepse, benefício é maior para paciente.
ES4	A agilidade para início do protocolo traz benefício ao paciente e impede de ter um desfecho ruim.
ES5	Eu acho que auxilia na correta execução das etapas do protocolo desde a identificação. A gente tem uma ação que ela é mais baseada nos estudos atuais. Então, o ILAS fornece o que tem de mais moderno em estudo e que é mais eficaz hoje no tratamento de sepse.
ES6	O protocolo também ajuda na melhoria da comunicação e início do gerenciamento dos tempos de adesão.
ES7	Então, com esse protocolo, conseguimos identificar clínicas e hemodinâmicas muito mais rápido e intervir muito mais rápido também, diminuindo as complicações e, até mesmo, a letalidade.
ES8	O protocolo de sepse vai garantir um atendimento de qualidade ao paciente com quadro séptico. Ele que vai mostrar pra gente se estamos fazendo a coisa certa ou não.
ESS10	Quando a gente tiver outros pacientes com esse tipo de diagnóstico, a gente vai conseguir intervir o quanto antes.
ES11	Ele norteia muito. Eu acho que o principal ponto é para o paciente, porque ele vai ser diagnosticado com sepse muito mais rápido. Então, vai começar o tratamento muito mais rápido e, isso, vai levar uma melhora para o paciente, podendo salvar a vida do mesmo.
ES12	Com o protocolo, agimos mais rápido na instabilidade do paciente no caso de sepse. Intervimos o mais breve possível para iniciar o antibiótico e, com isso, uma melhora clínica.
ES13	Quando ele é feito da forma correta, com os prazos corretos, o paciente tem uma melhora do quadro muito mais significativa.
ES14	O protocolo ajuda na rapidez deste atendimento e o início do tratamento da sepse.
ES15	Você evita muito óbito com esse protocolo de sepse. Pelo menos, você tenta evitar.
ES16	A gente diminui muita mortalidade e os eventos adversos. É como se fosse um código amarelo. Então, planeja-se a assistência desse paciente, se ele vai pro cti já começa uma ressuscitação volêmica, caso ele não responda, esse paciente tem que ser conduzido para uma unidade de terapia intensiva, onde vai ser manejado.
ES17	Conseguimos avaliar o paciente antes que se agrave
ES18	Sem o protocolo de sepse a gente ia ter um número maior de código azuis com certeza.
ES19	Eu acredito que é realmente salvar uma vida. Agir antes mesmo de algo ruim acontecer. Ele é um protocolo preventivo.
ES20	Muito valido, por que uma vez que você está na unidade de internação. Ele tem que sair da unidade de internação e ir para o domicílio. Ele não tem que regredir, para um CTI.
ES21	Protocolo de sepse bem aplicado, acho que assim, a simplicidade ganha por questões de fácil acesso, de fácil adesão. Então, quando você tem um protocolo de sepse que ele é simples, direto e rápido, você tem uma adesão muito boa e, isso, é de extrema importância para o paciente.
ES22	Facilita o atendimento ao paciente de forma rápida evitando e adiando.
ES23	Visando a melhora do paciente que está piorando, evitando que evolua de um sepse para um choque séptico. É de fundamental importância para a qualidade da assistência para que o doente possa ter uma qualidade de vida e diminuir o risco de óbito dentro do hospital.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 8 - Extratos dos relatos sobre as contribuições do protocolo de sepse para os processos assistenciais

Entrevistado	Extrato dos relatos
ES24	É melhor pecar pelo excesso do que pela falta e percebermos que ele está piorando se a gente não <i>startar</i> o protocolo.
ES25	Quanto mais precoce você inicia o tratamento melhor para o paciente.
ES26	Contribuiu demais, porque a gente consegue identificar precocemente o paciente.
ES27	Melhor qualidade para o paciente, com o início do diagnóstico rápido, o início de um tratamento rápido, que é a questão do antibiótico o mais rápido possível e a definição e prognóstico do paciente em tempo hábil.
ES28	O protocolo de sepse veio para agregar informações. A sepse é uma das principais causadoras de morte. Então, esse protocolo veio para agregar a evitar o risco de morte daquele paciente.
ES29	Protocolo de sepse na assistência é fundamental, até porque a gente pode fazer o tratamento de alto prognóstico no paciente em tempo ouro, tempo rápido e já definir conduta. Então, ele é extremamente essencial.
ES30	Você tem um olhar mais cuidadoso sobre o paciente
M1	O protocolo de sepse é uma forma de ajudar o paciente para diminuir o risco de morbidade
M2	A finalidade do protocolo é tentar uniformizar as condutas. Claro que nem todo protocolo é regra, porque cada paciente é individualizado, mas, de uma certa maneira, a ideia é tentar uniformizar as condutas para que a gente tenha melhor resultado.
M3	Tudo acontece de uma maneira muito rápida, justamente para a gente não perder a hora de ouro, que é a hora do início do antibiótico.
M4	Orienta o profissional e ele acelera a identificação do paciente com risco.
M5	Identificação dos fatores de risco de um paciente potencialmente grave para evitar desfechos piores para esse paciente.

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

A existência clara de diretrizes bem estabelecidas dá sustentação ao planejamento de ações visando à detecção precoce da sepse e seu tratamento adequado nas instituições hospitalares. Os dois grupos entrevistados, enfermeiros e médicos, trazem concordância sobre a contribuição do protocolo para o alinhamento das expectativas, acelerando a identificação precoce dos sinais e dos sintomas, empoderando a equipe a agir na situação que pode se tornar crítica.

Para que a identificação seja precoce e o tratamento adequado é fundamental a aplicação efetiva dos protocolos de sepse e o treinamento dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de Enfermagem, para que estes sejam capazes de identificar os sinais da sepse, reconhecendo as principais manifestações clínicas. A equipe de Enfermagem tem um papel de extrema importância no diagnóstico precoce da sepse, pois é a que se mantém mais tempo próxima ao paciente, devido ao seu perfil cuidador, por este motivo se torna primordial o conhecimento das definições, reconhecimento precoce das manifestações clínicas desencadeadas pela infecção e implementação de intervenções específicas (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017, p. 23).

A detecção precoce é muito importante para se vencer a sepse (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2018). Por isso, é preciso estar atento aos processos infecciosos, por menor gravidade que possam aparentar. O protocolo clínico pode ser um princípio de planejamento e melhoria contínua de processo assistencial complexo, posto em prática.

Nesta forma de organização, a necessidade de uma criança, de um adulto ou de um idoso deve encontrar um conjunto de fluxos interligados e contínuos, capazes de fazer com que estes usuários encontrem, no interior dos serviços, as ações e os profissionais aptos a responder, a tempo, a estas demandas. Este processo de trabalho pode colocar o problema de cada usuário como objeto e responsabilidade de toda a equipe da unidade, introduzindo um novo “fazer”, possibilitando acabar com a fragmentação do atendimento (BRASIL, 2006 apud WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009, p. 28).

O importante é que os profissionais entendam que os protocolos clínicos são elaborados com base em estudos de evidências científicas, com a participação de pesquisadores e especialistas da área, reunindo todos os procedimentos que têm eficácia comprovada no combate a determinada doença. Para que o conceito funcione na prática, é fundamental a conscientização e o engajamento dos profissionais para o seu pleno uso. Além do fator engajamento, os protocolos clínicos também podem ser aliados à metodologia de gerenciamento de processos hospitalares e, ainda, automatizados por meio de sistemas de gestão (*Enterprise Resource Planning* [ERP]) e do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A digitalização de todos os dados facilita o cruzamento de informações, a análise da conduta e, ainda, serve de parâmetro para a gestão hospitalar localizar e resolver eventuais fragilidades, o que promove eficiência e qualidade na prestação do serviço (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2015). “A auditoria de dados de aderência a cada intervenção individual e a aderência ao pacote como um todo, além das taxas de letalidade, é possível medir o progresso de implantação e direcionar as políticas institucionais de melhoria assistencial” (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017).

Segundo Brito (2010), os achados demonstraram que a sistematização e a busca por sinais sugestivos de infecção tornam precoce o diagnóstico da sepse e explicam a importância da redução da mortalidade relacionada a esta doença. O cuidado com a pessoa, o papel assistencial de cada profissional envolvido no cuidar e a importância dos sinais de vida como indicadores de alerta, complementam o diagnóstico e devem ser comunicados imediatamente. Desse modo, o tratamento ágil e adequado é fundamental para o sucesso na abordagem da sepse.

Os extratos dos relatos dos enfermeiros e médicos indicam que os profissionais, quando mobilizados e valorizados, se tornam mais conscientes e responsáveis no ato de cuidar e aprender, capazes de transformar a realidade, mudando a si próprios neste processo de ensino-aprendizagem (teoria e prática). Apresentando disponibilidade para identificar, cuidar e não só tratar a doença, mas buscando ações estratégicas para estabelecer conhecimento e condições para que as pessoas tenham melhor qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a magnitude da sepse no cenário mundial, o estudo mostrou um amplo referencial teórico em que a prevenção tem sido apontada como o melhor caminho para minimizar os eventos adversos, com enfoque na utilização de estratégias de gestão clínica. Novas estratégias de prevenção estão presentes na literatura para a redução de sua incidência associadas à busca por atendimento de qualidade e aumento da qualidade de vida do paciente.

Este estudo analisou a criação, implantação e adesão dos profissionais de saúde ao protocolo de gerenciamento de sepse em um hospital de grande porte em Minas Gerais. Diante da suspeita de sepse em pacientes internados, gerenciar um protocolo que permite a identificação precoce e que assegura intervenções eficazes logo na primeira hora de assistência deve ser o objetivo de toda gestão clínica. Todo estudo tem limitações e este não é exceção. Assim, para realização desta pesquisa ao longo da implementação do protocolo, foram vivenciadas dificuldades e limitações, merecendo destaque:

- Engajamento do corpo clínico.
- Criação de fluxos de priorização ao paciente séptico.
- Equipe multidisciplinar com o olhar somente para o seu setor e não de forma institucional, dificultando a disseminação do protocolo.
- Processo novo com pouca adesão ao protocolo de sepse pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
- Baixa adesão ao protocolo na unidade de terapia intensiva, uma vez que utilizava uma nova ferramenta institucional.
- Formulário de registro das etapas do protocolo.
- Equipe médica não utilizava a prescrição padrão para sepse, em que é acionada a cadeia de ajuda para o seu gerenciamento.
- Falta de comunicação efetiva da equipe quando o protocolo era acionado.
- Morosidade no reconhecimento do tempo ouro para o acionamento do protocolo de sepse- início da deterioração clínica.
- Registro em prontuário pela equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, de forma incompleta.

Realizar este estudo possibilitou conhecer um pouco mais sobre a compreensão dos profissionais da saúde no processo assistencial diante de pacientes em estado grave, com suspeita de sepse. Percebeu-se que, dentre os entrevistados, apenas um não conhecia o protocolo implantado no hospital.

A participação dos profissionais de saúde nos processos de capacitação foi evidenciada nas entrevistas como ações motivadoras para o ensino-aprendizagem positivas para a segurança do paciente.

Os entrevistados ressaltaram a necessidade de aplicação do conhecimento teórico no cotidiano assistencial e que a implantação do protocolo de sepse gerou impacto positivo nos indicadores de alta hospitalar.

Espera-se que os resultados do estudo contribuam para que a equipe de saúde multiprofissional possa refletir sobre a importância das suas práticas assistenciais sistematizadas e os desafios que eles enfrentam para que o processo tenha início e fim e que não seja interrompido por qualquer eventualidade, como demora dos serviços acionados.

O estudo evidencia que o protocolo não é apenas mais um documento da assistência, e sim, uma ferramenta importante para prestar o melhor cuidado de enfermagem.

Para o hospital campo da pesquisa, o presente estudo mostrou que a adesão ao protocolo remete a um atendimento de qualidade e de segurança para o paciente, configurando a sua adequação em um dos requisitos do processo de acreditação hospitalar que se deve alcançar. Ou seja, menor tempo de internação, satisfação do paciente e redução de custos no processo assistencial.

Assim, a implementação do protocolo trouxe benefícios para a prática assistencial, agilidade para o atendimento e qualificação para a equipe. A discussão multidisciplinar dos resultados vem favorecendo a melhoria contínua do processo com base em melhores práticas. Durante a implementação do protocolo foram vivenciadas dificuldades como engajamento do corpo clínico, criação de fluxos de priorização ao paciente séptico, disseminação do protocolo e redução da mortalidade.

Isto posto, considera-se que os objetivos do estudo foram alcançados e que a redução da incidência da sepse nas instituições hospitalares demanda avaliação clínica e assistência de enfermagem sistematizada, associadas à implantação de um projeto estrutural, envolvendo toda equipe interdisciplinar capacitada.

Esta visão justifica-se pelo fato de que cada profissional tem uma percepção diferente da situação e a união das diferentes percepções facilita a compreensão do todo, permitindo vislumbrar o paciente na sua totalidade.

Os desafios a serem enfrentados no Hospital Felício Rocho, atualmente, são a consolidação do protocolo na instituição e a sensibilização dos profissionais para a compreensão do seu papel no gerenciamento, isto é, em todas etapas do protocolo de sepse.

Espera-se que o protocolo implantado no hospital possa contribuir para o melhor desempenho dos profissionais de saúde. Que os resultados deste estudo sejam discutidos entre os membros das equipes envolvidas e que delas surjam reflexões sobre a possibilidade de maximizar a adesão ao protocolo com o intuito de salvar vidas. Além disso, que estes resultados possam subsidiar novos estudos e pesquisas sobre o tema. Percebeu-se a necessidade de novos estudos e de pesquisas abordando a sepse relacionada com a prevenção, o tratamento, o custo, a incidência, a prevalência e, principalmente, a sua associação com o posicionamento da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ANGUS, D.C. et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. **Crit Care Med** .v. 29, n. 7, p. 1303–1310, 2001.

ALCÂNTARA, T. F. D. L.; MARQUES, I. R. Avanços na monitorização neurológica intensiva: implicações para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6 p. 894-900, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2020.

AZEVEDO, L. C. P. *et al.* A sepse é um grave problema de saúde na América Latina: uma chamada à ação! **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 402-404, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000400402&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2020.

BRITO, C. M. **Assistência de enfermagem ao paciente em sepse, sepse severa e choque séptico**. São Paulo, 2010.

BOUZA, C. et al. Epidemiology and recent trends of severe sepsis in Spain: a nationwide population-based analysis (2006-2011). **BMC Infect Dis.**, v.14, p. 1-13, 2014.

CARTEZANI, P. M. F. **Uso do protocolo de gerenciamento de sepse na Unidade de Emergência Referenciada (UER) da Unicamp: seguimento do protocolo, dados demográficos, identificação de micro-organismos e detecção de resistência bacteriana**. 2019. 103f. Dissertação (Farmacologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

COGO, A. L. P. Cooperação *versus* colaboração: conceitos para o ensino de enfermagem em ambiente virtual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 680-683, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN no. 311/2007:** Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

COSTA, M. J. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 31, n. 3, p. 321-339, 1978. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719780003000007>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

DELLINGER, R. P. et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. **Intensive care medicine**, v. 39, n. 2, p. 165-228, 2013.

DOMBROVSKIY, Viktor Y. et al. Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: a trend analysis from 1993 to 2003. **Critical care medicine**, v. 35, n. 5, p. 1244-1250, 2007.

ESTEBAN, A. et al. Sepsis incidence and outcome: Contrasting the intensive care unit with the hospital ward. *Critical Care Medicine*, New York, v. 35, n. 5, p. 1284–1289, may 2007.

FLEISCHMANN, C. et al. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 193, n. 3, p. 259-272, 2016.

FERREIRA, R. G. S.; NASCIMENTO, J, L. Intervenções de enfermagem na sepse: saber e cuidar na sistematização assistencial. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, p. 51-59. 2014.

FONTES, L. S.; ANJOS, Y. Y. F.; SANTOS, E. S. A interação do enfermeiro com a equipe multidisciplinar. In: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS, 3. 2017, Barcelona. **Anais...** Init, 2017.

FUNK, D. J.; PARRILLO, J. E.; KUMAR, A. Sepsis and septic shock: a history. **Critical Care Clinics**, v. 25, n. 1, p. 83-101, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GERSHENGORN, H. B.; KOCHER, R.; FACTOR, P. Management strategies to effect change in intensive care units: lessons from the world of business. Part II. Quality-improvement strategies. **Ann Am Thorac Soc.**, n.11, v. 3, p. 444-53, 2014.

GOMES, R. et al. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2431-2439, aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2020.

GOULART, L. S. et al. Os enfermeiros estão atualizados para o manejo adequado do paciente com sepse. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1-6, ago. 2019. Disponível em: <>. Acesso em 20 jan. 2020.

HENKIN, C. S. et al. Sepsis: uma visão atual. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 135-145, jul./set. 2009.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE - ILAS. **Sepsis**: um problema de saúde pública. Brasília: CFM, 2015. Disponível em: <[https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS\(Sepsis-CFM-ILAS\).pdf](https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS(Sepsis-CFM-ILAS).pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. **Implementação do protocolo gerenciado de sepsis**: protocolo clínico. 2018a. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2018.

_____. **Implementação de protocolo gerenciado de sepsis protocolo clínico**: atendimento ao paciente adulto com sepsis/choque séptico. 2018b. Disponível em : <<https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>>. Acesso em jan. 2020.

_____. **Relatório nacional protocolos gerenciados de sepsis**: sepsis e choque séptico. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/relatorio-nacional/relatorio-nacional-final.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. **Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado de sepsis**: programa de melhoria de qualidade. A linha de cuidado: da admissão aos cuidados após a alta hospitalar. 5. ed. São Paulo: ILAS, 2019. Disponível em: <<https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/roteiro-de-implementacao.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

KALLAS, C. Protocolo clínico: Qual o seu papel? **PalmMed.**, abr 2018. Disponível em: <<https://www.palmmed.com.br/post/protocolo-cl%C3%ADnico-qual-o-seu-papel>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

KOENIG, A. et al. Estimativa do impacto econômico da implantação de um protocolo hospitalar para detecção e tratamento precoce de sepsis grave em hospitais públicos e privados do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 213-219, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300001> >. Acesso em: 22 jan. 2020.

LOBO, S. M. et al. Mortalidade por sepsis no Brasil em um cenário real: projeto UTIs Brasileiras. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-4, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2020.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MANZINI, E. J.; SIMÃO, L. M. Formas de raciocínio apresentadas por adolescentes deficientes mentais: um estudo através de interações verbais. In: MANZINI, E. J. (Org.) **Linguagem, cognição e ensino do aluno com deficiência**. Marília: Unesp, 2001.

MEDEIROS, A. P. et al. Implementação de um protocolo clínico gerenciado de sepse grave e choque séptico. **Rev. Qualidade HC**, v. 10, n. 5, p. 1-12, 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOLINA, E. Análise crítica da infecção hospitalar. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, número especial, p. 70-3, 1996.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MV INFORMÁTICA NORDESTE. **Protocolos clínicos como estratégia de gestão hospitalar**. 2018. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/protocolos-clinicos-como-estrategia-de-gestao-hospitalar>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

NATALIO, M. A. et al. Content validation of a clinical assessment instrument for stair ascent and descent in individuals with hemiparesis. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 18, n. 4, p. 353-363, aug. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552014000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2020.

OLIVEIRA, S.A. et al. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, out./dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **Conheça a ONA**. Brasília. Disponível em: <www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA>. 2019. Acesso em 16 maio 2019.

PEDROSA, K. K. A.; OLIVEIRA, S. A.; MACHADO, R. C. Validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 1, n. 3, p. 1172-1180, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0312>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

PEREIRA, K. R. et al. Sepse: epidemiologia, fisiopatologia e tratamento. **Multitemas, Campo Grande-MS**, n. 35, p. 189-206, dez. 2007.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolo assistencial de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <<http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Protocoloweb.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-667, aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2020.

RESENDE, M. A. F.; MARTINS; L. L.; GOUVEIA, M. L. C. **Memorial da Fundação Felício Rosso: 75 anos de benemerência, 60 anos de medicina.** Belo Horizonte; Logos, 2012.

RICHTMANN, R. Controle e prevenção de infecção hospitalar: fontes de agentes infecciosos e meios de transmissão, isolamento. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, número especial, p. 62-69, 1996.

ROSA, M. R. et al. Análise da obra: Viana, Renata Andrea Pietro Pereira. Sepsis: um problema de saúde pública. A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 18, p. 1-4, 2018. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/211/136>>. Acesso em 19 jan. 2020.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 106-112, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2020.

SANTOS, I.; SÁ, E. Estratégias de governação clínica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, n. 26, p. 606-12, 2010.

SILVA, M. **Sala de aula interativa.** 4. ed. Rio de Janeiro: Quartet, 2006.

SILVA, M. J. P. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros.** 2003. 108 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SOGAYAR, A. M. C. et al. A multicenter, prospective study to evaluate costs of sepsis patients in Brazilian intensive care units. **Pharmacoeconomic**, v. 26, n. 5, p. 425-434, may. 2008.

SUNDARARAJAN, V. et al. Epidemiology of sepsis in Victoria, Australia, **Crit Care Med.**, v. 33, n. 1, p.71–80, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15644651>>. Acesso em: 22 jan. 2020

SOGAYAR, A. M. et al. A multicentre, prospective study to evaluate costs of septic patients in Brazilian intensive care units. **Pharmacoeconomics**, v. 26, n. 5, p. 425-34, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

VERAS, R. E. S. et al. Avaliação de um protocolo clínico por enfermeiros no tratamento da sepsis. **Health Biol Sci.**, v. 7, n. 3, p. 292-297, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2466>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 3. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VIANA, R. A. P. P.; MACHADO, F. R.; SOUZA, J. L. A. **Sepse, um problema de saúde pública**: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <<https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-coren-ilas.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

VINCENT, J. L., et al. Sepsis in European intensive care units: results of the SOAP study. **Crit. Care. Med.**, v. 34, p. 344-353, 2006.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon UFMG/Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

WEINER, L. M. et al. Antimicrobial-Resistant Pathogens Associated With Healthcare-Associated Infections: Summary of Data Reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2011–2014. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, v. 37, n. 11, p.1288-1301, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

_____. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. Disponível em: <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

ZONTA, F. N. S. et al. Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, p. 224-231, jun. 2018. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11438/7342>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

ANEXO A – Protocolo de atendimento – Pacotes de 1 hora e de 6 horas



INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

comunicação nos pontos de transição entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para o atendimento.

4. Tratamento

4.1 Pacote de 1 hora

Para todos os pacientes em que a equipe médica optou por dar seguimento ao protocolo, o pacote de 1 hora deve ser executado. O mesmo é composto dos seguintes itens:

1. Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.
2. Coleta de lactato arterial o mais rapidamente possível mas dentro da primeira hora, que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, afim de se evitar resultado falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30 minutos.
3. Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos em até uma hora, conforme rotina específica do hospital, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido, urocultura) antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada;
4. Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro para a situação clínica, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse. A utilização de antimicrobianos deve seguir a orientação do serviço de controle de infecção hospitalar da instituição, que deverá definir com o corpo clínico local as recomendações para o

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecção dos sinais de hipoperfusão. Embora classicamente não sejam considerados com parte do pacote de ressuscitação, sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência. Coloides proteicos, albumina ou soro albuminado, podem fazer parte dessa reposição inicial. O uso de amidos está contraindicado, pois está associado a aumento da incidência de disfunção renal. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, considerando-se as condições clínicas de cada paciente. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Nos casos em que foi optado por não realizar reposição volêmica, parcial ou integralmente, após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada necessita ser avaliado.

7. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central.

O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina ou como estratégia poupadora de catecolaminas, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido.

A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.

8. Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo. Assim, como um complemento ao pacote de 1 hora, dentro de 2 a 4 horas após o início da ressuscitação volêmica, novas dosagens devem ser solicitadas. Nem sempre se obtém a normalização do lactato, haja vista existirem outras causas para a hiperlactatemia que não a hipoperfusão tecidual. A busca pela normalização deve ser feita cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

4.2 Reavaliação das 6 horas

A reavaliação das 6 horas deve ser feita em pacientes que se apresentem com choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual.

A continuidade do cuidado é importante, por isso entende-se que durante as seis primeiras horas o paciente deve ser reavaliado periodicamente. Para isso é importante o registro da reavaliação do *status* volêmico e da perfusão tecidual.

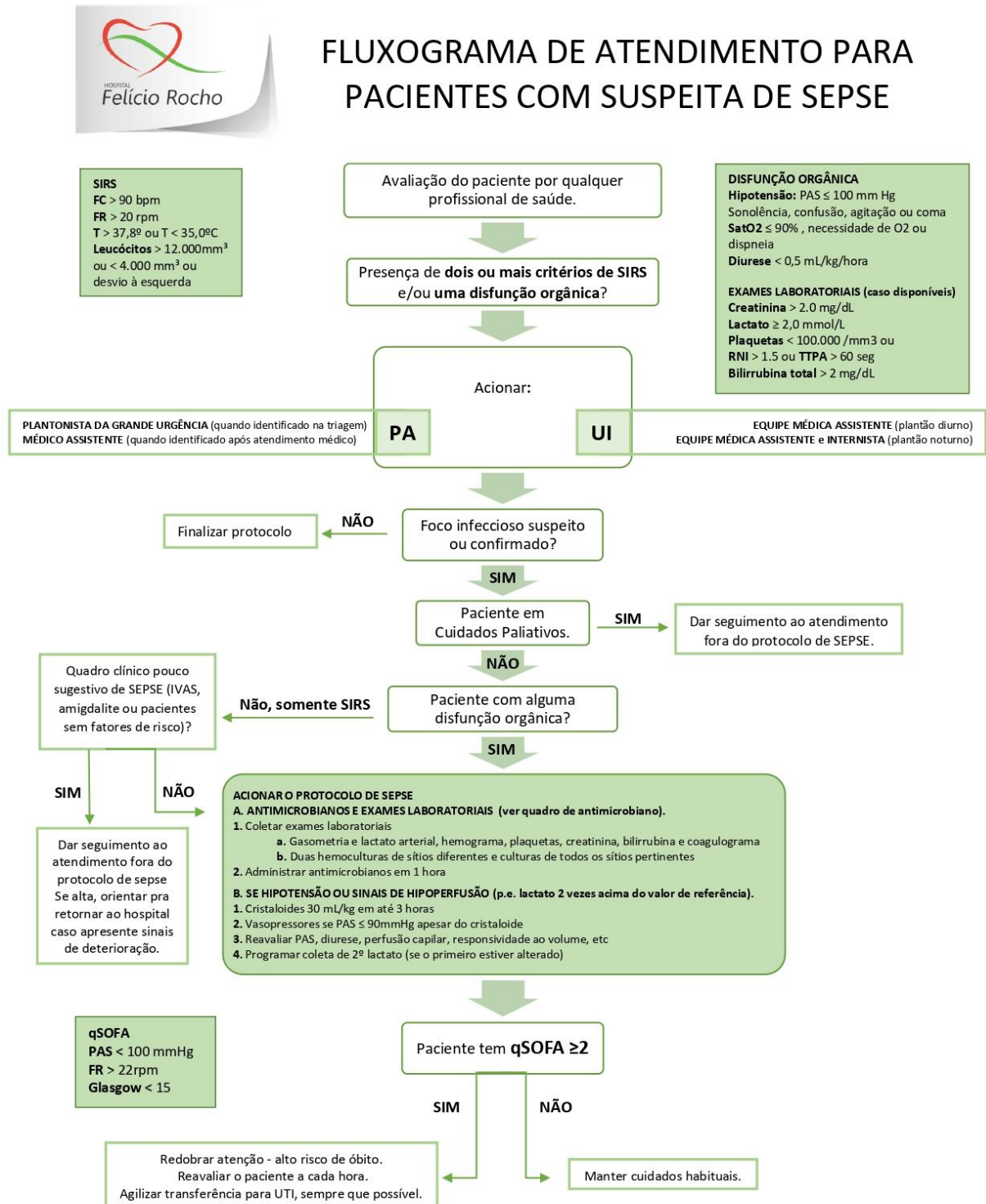
1. Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

- Mensuração de pressão venosa central
- Variação de pressão de pulso
- Variação de distensibilidade de veia cava
- Elevação passiva de membros inferiores
- Qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluidos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo)
- Mensuração de saturação venosa central

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

- Tempo de enchimento capilar
 - Presença de livedo
 - Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese)
2. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível.
 3. Idealmente, os pacientes com choque séptico devem ser monitorados com pressão arterial invasiva, enquanto estiverem em uso de vasopressor. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.
 4. Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se deve usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha

ANEXO B - Fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de sepse



ANEXO C – Quadro de antimicrobiano



QUADRO DE ANTIMICROBIANO

Terapia empírica com antimicrobiano para pacientes com sinais de sepse, SEM comprometimento hemodinâmico, de origem COMUNITÁRIA:	Terapia empírica com antimicrobianos para pacientes com sinais de sepse, COM comprometimento hemodinâmico, de origem COMUNITÁRIA:	Terapia empírica com antimicrobianos para pacientes com sinais de sepse, de origem HOSPITALAR:
<p>FOCO PULMONAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxone 1g 12/12h OU Levofloxacim 750mg 24/24h OU Amoxicilina/Clavulanato 1 gr 8/8h <p>*Se risco de infecção por Pseudomonas (ex: Bronquiectasias, Fibrose cística, colonização previa):</p> <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h OU Cefepime 2g 8/8h 	<p>FOCO PULMONAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> (Ceftriaxone 1g 12/12h OU Amoxicilina/Clavulanato 1 gr 8/8h) + Azitromicina 500mg 24/24h <p>*Se risco de infecção por Pseudomonas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h OU Cefepime 2g 8/8h 	<p>FOCO PULMONAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meropenem 2g 8/8h + Vancomicina – dose de ataque: 30mg/kg; em seguida: 15mg/kg 12/12h <p>*Se sabidamente infectado ou colonizado com gram negativos resistentes a carbapenêmicos: ASSOCIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Polimixina B – dose de ataque: 25mg/kg ; em seguida: 15mg/kg 12/12h OU Amicacina 7,5mg/kg 12/12h
<p>FOCO URINÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacim 400mg E.V. 12/12h OU Ceftriaxone 1gr 12/12h 	<p>FOCO URINÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meropenem 2g 8/8h 	<p>FOCO URINÁRIO OU ABDOMINAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meropenem 2g 8/8h <p>*Se sabidamente infectado ou colonizado com gram negativos resistentes a carbapenêmicos: ASSOCIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Polimixina B – dose de ataque: 25mg/kg ; em seguida: 15mg/kg 12/12h
<p>FOCO ABDOMINAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h OU Ciprofloxacim 400mg 12/12h + Metronidazol 500mg 8/8h 	<p>FOCO ABDOMINAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h OU Ciprofloxacim 400mg 12/12h + Metronidazol 500mg 8/8h 	<p>PELE E PARTES MOLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vancomicina – dose de ataque: 30mg/kg; em seguida: 15mg/kg 12/12h + Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h
<p>PELE E PARTES MOLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxacilina 2g 6/6h OU Amoxicilina/Clavulanato 1 gr 8/8h OU Ceftriaxone 1gr 12/12h 	<p>PELE E PARTES MOLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h + Vancomicina – dose de ataque: 30mg/kg; em seguida: 15mg/kg 12/12h 	<p>INFECÇÃO RELACIONADA AO USO DE CATETERES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meropenem 2g 8/8h + Vancomicina – dose de ataque: 30mg/kg; em seguida: 15mg/kg 12/12h <p>*Se sabidamente infectado ou colonizado com gram negativos resistentes a carbapenêmicos: ASSOCIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Polimixina B – dose de ataque: 25mg/kg ; em seguida: 15mg/kg 12/12h OU Amicacina 7,5mg/kg 12/12h <p>*Se fatores de risco para candidemia (cirurgia abdominal, uso de atbs de largo espectro, nutrição parenteral, colonização fungica de 2 ou mais focos): ASSOCIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Anidulafungina - dose de ataque: 200mg ; em seguida: 100mg 24/24h
<p>NEUTROPENIA FEBRIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefepime 2g 8/8h OU Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h <p>* Considerar associação de Vancomicina se suspeita de infecção de cateter ou pele e tecidos moles.</p>	<p>NEUTROPENIA FEBRIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefepime 2g 8/8h OU Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6h + Vancomicina – dose de ataque: 30mg/kg; em seguida: 15mg/kg 12/12h. 	

ANEXO D - Check-list do gerenciamento do protocolo de sepse – paciente adulto – unidade de internação



CHECK LIST DO GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE SEPSE

Cole aqui a etiqueta do paciente	Preencher quando não houver etiqueta disponível
	Paciente: _____ Registro: _____ Leito: _____

Data: ___/___/___ Ass.: _____

Suspeita ou confirmação de sepse

↓

FOCO DE INFECÇÃO

<input type="checkbox"/> Pulmonar	<input type="checkbox"/> Urinário	<input type="checkbox"/> Lesões de pele profundas	<input type="checkbox"/> Corrente sanguínea associada a cateter
<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Ósseo Articular	<input type="checkbox"/> Sistema Nervoso	
<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Ferida operatória	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

SINDROME INFLAMATÓRIA DE RESPOSTA SISTÊMICA - SRIS

<input type="checkbox"/> Hipertermia > 37,8°C	<input type="checkbox"/> Taquicardia > 90 bpm	<input type="checkbox"/> Calafrios
<input type="checkbox"/> Hipotermia < 35°C	<input type="checkbox"/> Taquidispnéia > 20 ipm ou PaCO ₂ < 32mmHg	
<input type="checkbox"/> Leucócitos totais > 12.000/mm ³ ou < 4.000 ou presença de > 10% de formas jovens		

Suspeita de Sepse? NÃO

SIM ↓

1ª ROTA

Foco infeccioso suspeito ou confirmado + 2 critérios de SRIS

↓

Hora de acionamento do médico: _____

Monitorar sinais vitais de 2/2 h

Hora de atendimento médico: _____

Hora de solicitação de exames lab.: _____

Hora da coleta: _____

Hora da prescrição ATB: _____

Hora da administração de ATB: _____

Resultado lactato: _____ Hora: _____

SIM ↓

2ª ROTA

Foco infeccioso suspeito ou confirmado + 2 critérios de SRIS + pelo menos 1 sinal de disfunção orgânica abaixo:

<input type="checkbox"/> PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg
<input type="checkbox"/> Queda da PAS > 40 mmHg
<input type="checkbox"/> Diurese (≤ 0,5 ml/Kg/h ou elevação de creatinina > 2mg/dL)
<input type="checkbox"/> Dispnéia (PaO ₂ < 300 necessidade de O ₂ , SpO ₂ < 90%)
<input type="checkbox"/> Acidose metabólica (≤ 5,0 mEq/L)
<input type="checkbox"/> Coagulopatia (< 100.000/mm ³ plaquetas ou < 50%)
<input type="checkbox"/> Aumento significativo de bilirrubinas (> 2 mg/dL)
<input type="checkbox"/> Rebaixamento do nível de consciência, agitação ou delírium
<input type="checkbox"/> Lactato > 19,8 mg/dL

↓

NÃO

Sair do protocolo e seguir tratamento individualizado.

Responsável: _____

JUSTIFICATIVA:

Valor de referência do lactato: 19,8 mg/dL

Sepse confirmada?

SIM ↓

Hora de acionamento do médico: _____

Manter monitorização contínua do paciente

Puncionar AVP calibroso

Hora de atendimento médico: _____

Hora de solicitação de exames lab.: _____

Hora da coleta: _____

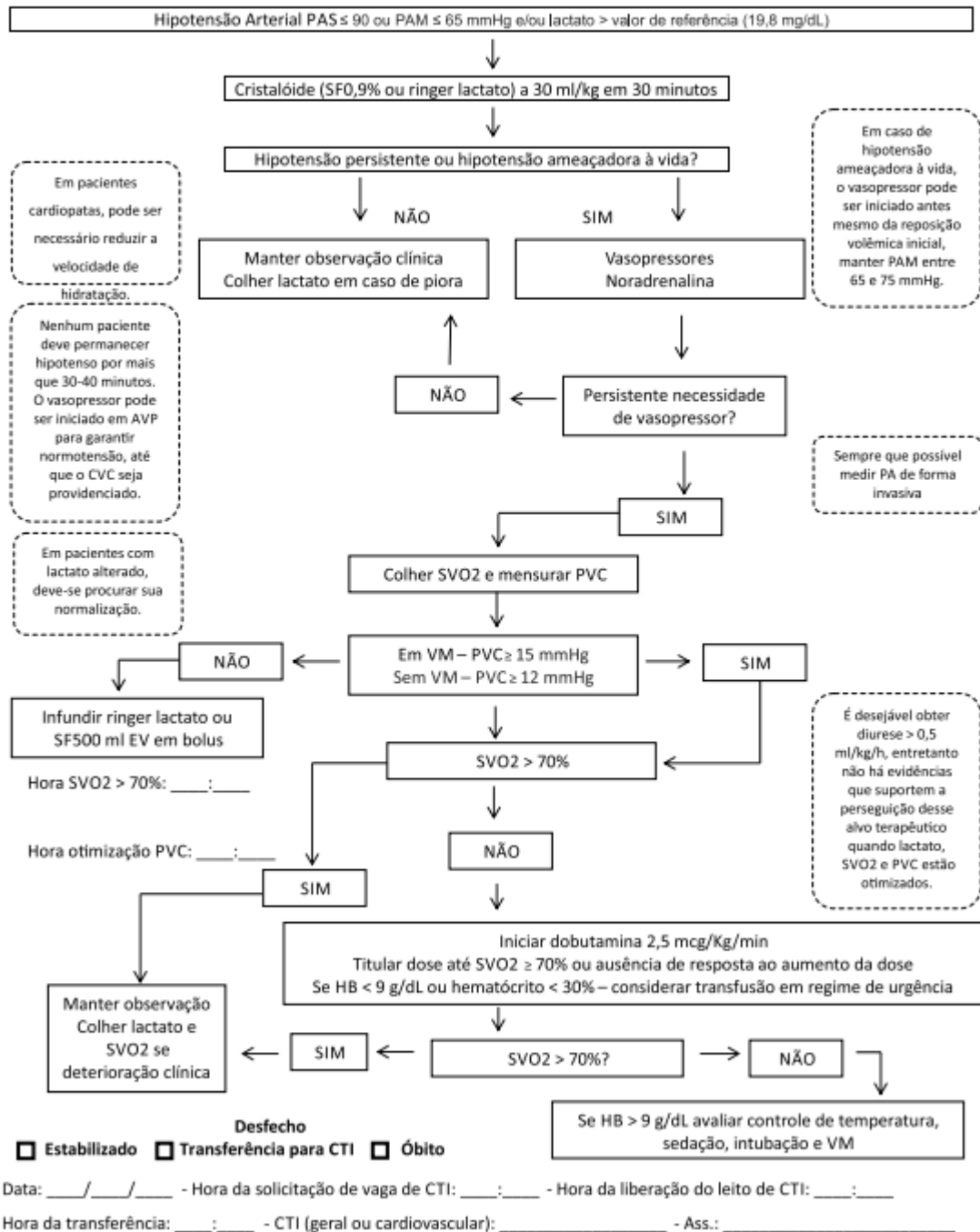
Hora da prescrição ATB: _____

Hora da administração de ATB: _____

Resultado lactato: _____ Hora: _____

Hora: _____

Hora de início da otimização hemodinâmica (conforme prescrição médica): ____:____ - Solução infundida: _____
 1ª bolsa: ____:____ ml: ____ - 2ª bolsa: ____:____ ml: ____ - 3ª bolsa: ____:____ ml: ____ - 4ª bolsa: ____:____ ml: ____



ANEXO E - *Check-list* do gerenciamento do protocolo de sepse – paciente adulto – pronto atendimento



PROTOCOLO DE SEPSE - UNE

1- Identificação do Paciente	
Data ____/____/____ Hora: ____:____ Atendimento: _____ Idade: _____	
Etiqueta/Nome do paciente: _____	
2- Avaliação do paciente	
Queixa: _____	
Alergia: _____ FC: _____ bpm FR: _____ rpm Temp: _____ °C PA: _____ X _____ mmHg Sat: _____ %	
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Avaliação do paciente por qualquer profissional de saúde.</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Presença de dois ou mais critérios de SIRS e/ou uma disfunção orgânica?</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div>	
<input type="checkbox"/> FC > 90 bpm? <input type="checkbox"/> FR > 20 rpm? <input type="checkbox"/> T > 37,8°C ou T < 35,0 °C <input type="checkbox"/> Leucócitos > 12.000/mm ³ ou < 4.000/mm ³ ou desvio a esquerda <input type="checkbox"/> PAS MENOR OU IGUAL A 100 MM Hg, Sonolência, confusão, agitação, ou coma; <input type="checkbox"/> Sat O ₂ menor ou igual a 90%, necessidade de O ₂ ou dispneia; <input type="checkbox"/> Diurese < 0,5 ml/kg/hora;	
Exames laboratoriais (Preencha após liberação dos resultados) <input type="checkbox"/> Creatinina > 2,0 mg/dl <input type="checkbox"/> Lactato maior ou igual 2,0 mmol/l <input type="checkbox"/> Plaquetas < 100.000/mm ³ ou RNI > 1,5 ou TTPA > 60 seg <input type="checkbox"/> Bilirrubina Total > 2 mg/dl	
SE SIM: Aclonar: Plantonista da Grande urgência (quando identificado na triagem) ou médico assistente (quando identificado após atendimento médico)	
3- Apuração dos dados	
Hora que o médico iniciou o protocolo:	Hora: ____:____
Exames laboratoriais (Alvo: coleta em até 20 minutos) OBS: JUSTIFICAR, se coletado após 20 minutos.	Horário da comunicação com laboratório: Início da coleta: Término da coleta: <input type="checkbox"/> Coletado antes de iniciar o protocolo (se for acrescentado algum exame após start, favor preencher os campos acima)
Teste volêmico (em até 01 hora)	Hora: ____:____
Iniciado ATB: (em até 01 hora) NÃO ADIAR O INÍCIO DO ATB EM FUNÇÃO DA COLETA DE CULTURA EM PACIENTES CRÍTICOS.	Hora: ____:____ Se, não atingiu, JUSTIFIQUE Qual atb: _____
Liberação da GASOMETRIA e LACTATO-em até 30 minutos	<input type="checkbox"/> Sim Hora: ____:____ <input type="checkbox"/> Não
Liberação dos demais exames, exceto hemocultura-em até 01 hora	<input type="checkbox"/> Sim Hora: ____:____ <input type="checkbox"/> Não
Local onde foi iniciado o Protocolo de Sepse	<input type="checkbox"/> GU <input type="checkbox"/> BOX <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Triagem <input type="checkbox"/> Consultório
Paciente manteve após avaliação do médico no Protocolo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO JUSTIFIQUE, se não.	
Assinatura do enfermeiro : _____	

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA GRAVADA

Nome do entrevistado:

Setor do profissional: Pronto-Atendimento --- Unidade de Internação ---- Terapia Intensiva--

Categoria Profissional: --- Médico --- Enfermeiro

- 1- Você conhece o protocolo de sepse da instituição?
- 2- Você se lembra como foi implantado o protocolo de sepse? Se sim, por favor conte como isso aconteceu.
- 3- Você se lembra das etapas do fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de sepse?
- 4- Como você classifica sua adesão ao protocolo de sepse?
- 5- Qual é o seu papel no desenvolvimento do protocolo de sepse?
- 6- Qual a contribuição do protocolo de sepse para os processos assistenciais?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM MINAS GERAIS**, que tem por objetivo de pesquisa analisar a Implantação e a Adesão ao Protocolo de Sepse em um Hospital de Grande Porte em Minas Gerais.

Será aplicada entrevista semiestruturada que contém em suas características a elaboração prévia do roteiro direcionado aos profissionais médicos e enfermeiros de forma aleatória. Os riscos envolvidos nesta pesquisa podem ocorrer no sentido dos pacientes e dos profissionais da saúde participantes da pesquisa sentirem-se desconfortáveis ou constrangidos para preencher o questionário. O pesquisador prestará todos os esclarecimentos necessários sobre a participação e estará disponível para sanar dúvidas visando minimizar os riscos.

O benefício que os resultados da pesquisa vão trazer consiste em melhorar a adesão ao Protocolo de Sepse. A sua participação é livre, voluntária e consiste em responder um questionário que lhe será aplicado sem revelar sua identidade pessoal, garantindo o seu direito de privacidade. Ressaltamos que o(a) Sr.(a) está livre para participar ou recusar-se a participação. Caso concorde em participar desta pesquisa, está garantido o direito de abandoná-la a qualquer momento sem prejuízo para si. Não haverá custo para participar desta pesquisa, nem qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes da pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. A recusa em participar da pesquisa não acarretará qualquer penalidade ou mudança na forma em que o(a) Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Fica assegurado que os resultados serão usados somente para o que se refere aos objetivos da pesquisa, nunca sendo mencionado o nome de qualquer pessoa que tenha participado, respeitando sempre os princípios éticos e científicos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a outra será fornecida ao Sr.(a). O questionário respondido, bem como os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos na sala 204 da Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM MINAS GERAIS**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo que as minhas respostas sejam utilizadas somente para esta pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data: __/__/____

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Responsável: VANIA REGINA GOVEIA

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Professor Alfredo Balena, 190. Sala 204

CEP: 30.130-100. Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 3409-9886

E-mail: vaniagoveia@ufmg.br

Assinatura do pesquisador responsável

Data: __/__/____

Nome completo do Pesquisador:

.....

Endereço:

.....

.....

CEP: / Belo Horizonte – MG

Telefones: (31)

E-mail:

Assinatura do pesquisador

Data: __/__/____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

APÊNDICE C - Protocolo de sepse**PROTOCOLO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR**

1- Atividade Protocolo de Sepse	2- Padrão nº PCM 003	2- Página 82 de 88
---	--------------------------------	------------------------------

4- Responsável (cargo de quem realiza a atividade) Equipe multidisciplinar

Siglas e Definições

HFR - Hospital Felício Rocho

CTI - Centro de Terapia Intensiva

UNI - Unidade de Internação

UNE - Unidade de Emergência

SIRS - Síndrome de resposta inflamatória sistêmica

SVO₂ - Saturação venosa de oxigênio

pH - Potencial Hidrogeniônico

PAM - Pressão arterial média

PVC - Pressão venosa central

PAS - Pressão arterial sistólica

PA - Pressão arterial

O₂ - Oxigênio

PaO₂ - Pressão arterial de oxigênio

PaCO₂ - Pressão parcial de CO₂ (gás carbônico) no sangue arterial

FiO₂ - Fração inspirada de oxigênio

SpO₂ - Saturação periférica de oxigênio

SSC – Surviving Sepsis Campaign/Campanha de Sobrevivência a Sepse

ILAS – Instituto Latino Americano de Sepse

VM – Ventilação mecânica

Abrangência

Este protocolo aplica-se a todas as áreas assistenciais do HFR.

Para fins de gerenciamento, serão incluídos pacientes que foram inseridos no protocolo na UNI, CTI e UNE. Materiais

Fluxograma do Protocolo de Sepse

Check-list de Gerenciamento do Protocolo

Tabela de antibioticoterapia empírica

Diretrizes

1 - Introdução

Sepse é definida pela presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção.

A síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS), embora não utilizada para a definição de sepsse, continua sendo importante para a triagem de pacientes com suspeita de sepsse. Da mesma forma que a SSC (*Surviving Sepsis Campaign*/Campanha de Sobrevivência a Sepsse), o ILAS (Instituto Latino Americano de Sepsse) não mudou os critérios usados para definir disfunção orgânica, mantendo a hiperlactatemia como um deles.

O critério para definição de choque séptico também não foi alterado. Segundo a SSC, choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluídos, independente dos valores de lactato. A SSC não adotou o novo conceito de choque, que exige a presença concomitante de lactato acima do valor de referência, mesmo após reposição volêmica inicial. Considerando a alta prevalência, elevada morbidade, mortalidade e alto custo relacionados à Sepsse, o HFR definiu pela implementação e gerenciamento deste protocolo.

2 - Objetivos

- Estabelecer critérios de alta sensibilidade para o reconhecimento precoce dos sinais de Sepsse;
- Padronizar o atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de Sepsse, visando o melhor atendimento, tratamento e desfecho clínico.

3 - Possíveis focos infecciosos

- Pulmonar
- Abdominal
- Cardíaco
- Ósseo articular
- Sistema nervoso
- Urinário
- Ferida operatória
- Lesões de pele profundas
- Corrente sanguínea associada a cateter.
- Outros.
-

4 - Critérios para SIRS

- Hipertermia $> 37,8^{\circ} \text{C}$ ou hipotermia $< 35^{\circ} \text{C}$
- Taquicardia $> 90 \text{ bpm}$
- Taquipneia $> 20 \text{ ipm}$ ou $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$ ou necessidade de ventilação mecânica

- Leucocitose > 12000, Leucopenia < 4.000 ou acima de 10% de células jovens (bastões)

5 - Principais disfunções orgânicas

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg)
- Oligúria ($\leq 0,5$ mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2 mg/dL)
- Dispneia e dessaturação (necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90%)
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias
- Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases $\leq 5,0$ mEq/L e lactato > do valor normal (19,8 mg/dL).
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação e delirium
- Aumento significativo de bilirrubinas totais > 2x o valor de referência (> 2 mg/dL)
- Lactato > 19,8 mg/dL

6 - Critérios de elegibilidade ao protocolo

Infecção suspeita + 2 sinais de SRIS ou disfunção orgânica

IMPORTANTE:

A presença de disfunção orgânica na ausência dos critérios de SRIS pode representar diagnóstico de sepse. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível e com foco infeccioso presumível, o diagnóstico de sepse deve ser feito e o pacote de tratamento deve ser iniciado em até 1 hora da identificação.

7- Pacote 1 hora

- O pacote de 1 hora se inicia na identificação de elegibilidade do paciente ao protocolo;
- Deve-se providenciar a coleta de exames laboratoriais (lactato e hemoculturas);
- Puncionar acesso venoso calibroso;
- Iniciar antibioticoterapia após coleta das amostras para culturas;
- O médico pode optar em iniciar ressuscitação volêmica com 30 ml/kg de cristalóide ou iniciar vasopressor se o paciente estiver hipotenso PAM < 65 mmHg ou com lactato 2x acima do valor de referência (> 39,6 mg/dL);
- Coletar 2ª amostra de lactato entre 2-4 horas para pacientes com hiperlactatemia, ou seja, quando o resultado do lactato for 2x acima do valor de referência (> 39,6 mg/dL).

8 - Competências da Equipe Multidisciplinar

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Aferir sinais vitais conforme prescrição de enfermagem/médico;

- Comunicar imediatamente ao enfermeiro caso o paciente apresente sinais sugestivos de sepse.

ENFERMEIRO

- Abrir o protocolo de sepse, acionar a equipe médica através do código amarelo, com comunicação efetiva, relatando ao médico que o paciente apresenta sinais sugestivos de sepse;
- Preencher o *check-list* de gerenciamento do protocolo de sepse;
- Acionar o laboratório, após solicitação dos exames pela equipe médica, no telefone 99215-8683 ou 7394;
- Identificar o paciente como paciente crítico, mantendo monitoramento do paciente;
- Garantir acesso venoso calibroso;
- Garantir a administração do antibiótico prescrito pelo médico em até 1 hora da identificação dos sinais de sepse;
- Registrar em prontuário.

MÉDICO

- Definir se dará continuidade ao protocolo de sepse ou encerrá-lo para seguir com tratamento individualizado fora do protocolo;
- Solicitar exames laboratoriais pela prescrição padrão: SEPSE (CTI/UNI ou pronto atendimento);
- Prescrever antibiótico e reposição volêmica se necessário e manter acompanhamento do paciente;
- Solicitar transferência do paciente para o CTI, quando o mesmo for elegível de acordo com os critérios de gravidade: choque séptico, hipotensão, hiperlactatemia, VM, etc.
- Realizar o registro em prontuário e comunicar a equipe de enfermagem;

Atenção: Utilizar o escore de qSOFA apenas para pacientes já diagnosticados com sepse, devido ser um escore de gravidade para identificar pacientes com maior risco de deterioração clínica.

LABORATÓRIO

- Coletar os exames laboratoriais em até 20 minutos após a abertura do protocolo de sepse;
- Encaminhar as amostras de lactato e hemocultura imediatamente para análise, o objetivo é ter o resultado do lactato em até 30 minutos da abertura do protocolo de sepse.
- Encaminhar o resultado do lactato para o enfermeiro pessoalmente e via sistema informatizado.

GESTÃO DE LEITOS

- Disponibilizar leito em CTI, se necessário, em até 1 hora.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Manter atualizado e disponibilizar o quadro de antibioticoterapia empírica, de acordo com o perfil epidemiológico e microbiológico.

9 – Indicadores

Efetividade do protocolo de sepse

Efetividade da coleta de exames

Registros

Prontuário do paciente – Sistema MV PEP

Check-list do gerenciamento do protocolo de sepse

Banco de dados – Sistema Epimed

Análise de indicadores – Sistema Interact

Referência bibliográfica

Instituto Latino Americano de Sepse, acesso em:

<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>

Centers for Disease Control CDC acesso em: <https://www.cdc.gov/sepsis/clinicaltools/index.html>

Levy, M.M., Evans, L.E. & Rhodes, A. Intensive Care Med (2018), acesso em:

<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>