

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM

ISMAEL GESSÉ CITTADIN
LAUANI SADIMILA DA SILVEIRA LUIZ

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RECONHECIMENTO E ASSISTÊNCIA DA
SEPSE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO EXTREMO SUL DE
SANTA CATARINA

CRICIÚMA
2021

**ISMAEL GESSÉ CITTADIN
LAUANI SADIMILA DA SILVEIRA LUIZ**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RECONHECIMENTO E ASSISTÊNCIA DA
SEPSE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO EXTREMO SUL DE SANTA
CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a
obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Karina Cardoso Gulbis

Coorientador: Prof. Dr. Diogo Domingui

**CRICIÚMA
2021**

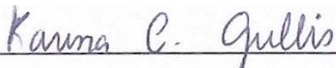
**ISMAEL GESSÉ CITADIN
LAUANI SADIMILA DA SILVEIRA LUIZ**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RECONHECIMENTO E ASSISTÊNCIA DA
SEPSE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO EXTREMO SUL DE SANTA
CATARINA**

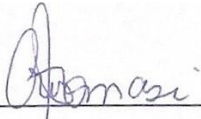
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca
Examinadora para obtenção do Grau de bacharel, no
Curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Criciúma, 16 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. ^aDra. Karina Cardoso Gulbis - Doutora - UNESC -Orientadora



Prof. Dra Cristiane Damiani Tomasi - Doutora - UNESC



Prof. Ms Mariana Freitas Comin - Mestre - UNESC

*Dedicamos este trabalho a Deus, que nos
presenteia a cada dia com a chance de
fazer a diferença.*

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso contou com a ajuda de diversas pessoas dentre as quais agradecemos:

A nossas famílias, que nos incentivaram a todo o momento e não permitiram que desistíssemos.

Aos professores orientadores, que durante este período acompanharam pontualmente, dando auxílio necessário para realização deste trabalho.

Aos professores do curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, que de alguma forma contribuíram por meio de seus ensinamentos para a nossa formação.

Aos nossos amigos pela compreensão das ausências e pelo afastamento temporário para construção deste trabalho.

Um ao outro, pela parceria, paciência, compreensão e apoio durante todo o período de curso e principalmente neste momento final.

E finalmente a Deus por nos proporcionar saúde e paz em momentos difíceis pelos quais passamos.

RESUMO

A sepse encontra-se entre os maiores causadores de mortalidade do mundo nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo considerado um caso de saúde pública. O reconhecimento desta condição exerce muito da competência do profissional enfermeiro, a fim de reduzir a taxa de contaminação e de mortalidade. Este estudo teve como objetivo descrever e identificar a atuação do enfermeiro no reconhecimento e assistência da sepse em duas UTIs, com capacidade para dez leitos cada, localizada no extremo Sul de Santa Catarina. Trata-se de um estudo qualitativo, de campo com aplicação de questionário semi-estruturado, com sete profissionais enfermeiros atuantes em UTI, questionando os conceitos atuais de sepse, manifestações clínicas, ferramenta utilizada para identificar os pacientes com suspeita de sepse, principais dificuldades para prevenção, aplicabilidade do protocolo e como é realizado a assistência a sepse. Como resultados, foram observados que os profissionais estudados apresentam dificuldade para detecção dos principais sinais e sintomas da sepse, além da falta de comunicação interdisciplinar, o que pode ter como principal causa a falta de um protocolo institucional, ocasionando a dependência do enfermeiro para com a equipe médica. Porém os mesmos demonstram-se bem receptivos quanto a implantação futura de um protocolo de sepse. Em conclusão, os resultados dos diversos materiais estudados apontam para a importância da atuação do enfermeiro no reconhecimento precoce da sepse, pois está de forma ativa e diretamente envolvida na assistência ao paciente, que intervém de forma resolutiva, com seu conhecimento teórico prático. A importância do enfermeiro no reconhecimento desta condição é de extrema relevância, não se tratando somente do diagnóstico, mas sim de que é um profissional apto para traçar planos e metas terapêuticas frente a essa situação.

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Sepse; Protocolos.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1: Definições de síndrome de resposta inflamatória sistêmica.

Quadro 2: Caracterização dos participantes.

Quadro 3: Conhecimento e desenvolvimento do conceito de sepse e sua nova atualização.

Quadro 4: Sinais e sintomas observados pelos profissionais sobre sepse.

Quadro 5: Ferramenta utilizada para identificar os pacientes com suspeita de sepse na beira do leito.

Quadro 6: Ações Fundamentais para prevenção de sepse no contexto hospitalar.

Quadro 7: Principais dificuldades para prevenção de sepse no contexto hospitalar.

Quadro 8: Percepção dos profissionais sobre as ações contra a sepse no local de trabalho.

Quadro 9: Avaliação dos profissionais sobre a aplicabilidade do protocolo de sepse.

Quadro 10: Como ocorre a assistência ao paciente com suspeita de sepse sob a inexistência de um protocolo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BPM – Batimentos Por Minuto

CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DCV – Doenças Cerebrovasculares

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ILAS – Instituto Latino Americano para Estudos da Sepsis

IL-1 β – Interleucina-1 beta

IL-6 – Interleucina 6

IRAS – Infecção relacionada à Assistência à Saúde

MMHG – Milímetros de Mercúrio

NF- κ B – Fator nuclear kappa B (do inglês nuclear factor kappa B)

NO – Óxido nítrico (do inglês nitric oxide)

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAMP – Padrão molecular associado ao patógeno (do inglês pathogen associated molecular patterns)

PCR – Proteína C Reativa

PVC – Pressão Venosa Central

qSOFA – Escore Rápido de Avaliação de Falha de Órgãos Sequenciais

RPM – Respiração Por Minuto

RRPs – Receptores de reconhecimento padrão

SIRS – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

SOFA – Escore de Avaliação de Falha de Órgãos Sequenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

SVO2 – Saturação Venosa Central de Oxigênio

Th1 – Células T do tipo 1 (do inglês T helper tipo 1 Cells)

TLR – Receptor Toll-Like (do inglês Toll-Like receptors)

TNF- α – Fator de necrose tumoral (do inglês tumoral necrosis factor)

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	11	
1.1	JUSTIFICATIVA	12
2	13	
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	Error! Bookmark not defined.	
3.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	14
3.2	DEMANDAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RELACIONADAS À SEPSE	16
3.3	SEPSE	17
3.3.1	Conceito de Seps e Epidemiologia	17
3.3.2	Fisiopatologia da Seps	20
3.3.3	Escalas e Protocolos Utilizados na Prevenção, Controle e Tratamento da Seps	21
3.3.1	Pacote de tratamento da seps de uma hora	23
3.3.3	Pacote de tratamento da seps das 6 horas	24
3.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RELACIONADA À SEPSE	24
4	Error! Bookmark not defined.	
4.1	TIPO DE ESTUDO	28
4.2	LOCAL DO ESTUDO	28
4.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO	29
4.3.1	Critério de inclusão	29
4.3.2	Critério de exclusão	29
4.4	COLETA DE DADOS	29
4.5	ANÁLISE DE DADOS	29
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	34
5.2	CATEGORIA 2: EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SEPSE	35
5.3	CATEGORIA 3: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SEPSE	36
5.4	CATEGORIA 4: ESCORE RÁPIDO DE AVALIAÇÃO DE FALHA DE ÓRGÃOS SEQUENCIAIS (QSOFA OU QUICK SOFA): FERRAMENTA ESSENCIAL PARA IDENTIFICAR OS PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE NA BEIRA DO LEITO	37

5.5 CATEGORIA 5: AÇÕES FUNDAMENTAIS PARA PREVENÇÃO DE SEPSE NO CONTEXTO HOSPITALAR	39
5.6 CATEGORIA 6: PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA PREVENÇÃO DE SEPSE NO CONTEXTO HOSPITALAR	41
5.7 CATEGORIA 7: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS AÇÕES CONTRA A SEPSE NO LOCAL DE TRABALHO	43
5.8 CATEGORIA 8: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A APLICABILIDADE DO PROTOCOLO DE SEPSE	44
5.9 CATEGORIA 9: COMO OCORRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM SUSPEITA DE SEPSE SOB A INEXISTÊNCIA DE UM PROTOCOLO	45
6 CONSIDERAÇÃO FINAL	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	58
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	59
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
APÊNDICE C – TERMO DE ACEITE	63

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um dos focos deste estudo, trata-se de um ambiente com tecnologia avançada e monitorização contínua, onde o paciente encontra-se exposto a diversos agentes e focos infecciosos durante o período de internação, tais agentes causam riscos de infecções que tardiamente evoluem para uma possível sepse (SILVA et al., 2017).

Um dos objetivos e a sua importância no setor hospitalar, é a estabilização de pacientes que necessitam de atendimentos de alta complexidade, oportunizando a recuperação de sua saúde no que for possível. A indicação de tratamento intensivo pode ser desde após uma cirurgia que necessite de atenção especializada, até algo iminente, como um politrauma. Para que o paciente não corra mais riscos, a internação na UTI deve obedecer a critérios técnicos de admissão e alta, oferecendo o cuidado adequado, a estabilização proposta e liberação do paciente no momento em que atinja a homeostasia (BACKES, 2015).

O paciente que necessita de atendimento especializado, por ser considerado de alta complexidade, corre o risco de contrair alguma infecção devido à hemodinâmica instável, ao tempo de internação ou pelo simples fato de ser submetido a procedimentos invasivos e delicados (Neto et al., 2012). Observa-se que a sepse é a complicação mais preocupante e é a principal causa de morte em Unidades de Terapia Intensiva no mundo (BACKES, 2015).

A sepse é definida como uma síndrome clínica formada por resposta inflamatória sistêmica associada a um quadro infeccioso, que se tratada de forma inadequada, pode evoluir para choque séptico, levando a um quadro de disfunção de múltiplos órgãos ou óbito (JUNCAL et al., 2011). Sepse é uma disfunção orgânica com risco de vida que resulta da resposta do corpo à infecção. Requer reconhecimento imediato, antibióticos apropriados, suporte hemodinâmico cuidadoso e controle da fonte de infecção (DOMINGUINI et al., 2021).

Segundo Neto et al. (2012), nos ambientes de cuidados intensivos, há um risco elevado para desenvolvimento da sepse devido aos fatores que contribuem para o seu desencadeamento, como as doenças predisponentes do paciente crítico e a sua gravidade, o tempo de internação prolongado, principalmente nos pacientes idosos; os diversos procedimentos invasivos que são submetidos, como a intubação

endotraqueal, a sondagem vesical, os acessos intravasculares e outras intervenções que levam a quebra das barreiras naturais do organismo.

Para evitar tal complicação, se faz necessário e de suma importância o trabalho da equipe, e a enfermagem imbricada na identificação precoce da sepse. Ao se diagnosticar sepse ou choque séptico é imprescindível o estabelecimento de condutas prioritárias nas primeiras horas visando à estabilização do paciente crítico (PENINCK, 2012). Sepse e particularmente o choque séptico devem ser reconhecidos como emergências tratadas em UTIs e salas de emergências, em que o tempo de reconhecimento e intervenção são elementos essenciais para tratamento e recuperação, assim como outras doenças emergentes como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (DUGAR et al., 2020).

O reconhecimento precoce e a rápida instituição de medidas de ressuscitação são essenciais. Mas reconhecer a sepse pode ser um desafio, e as melhores práticas de gerenciamento continuam a evoluir (PENINCK, 2012). Sabendo disso, o foco principal neste estudo é o enfermeiro e a abordagem inicial, observar as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente de hipoperfusão, hipotensão, hipoxemia, oligúria e demais disfunções orgânicas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Em nosso entendimento, a assistência generalista do enfermeiro, norteado pelo seu conhecimento científico e pelo protocolo de sepse, permite que este profissional identifique os primeiros sinais e sintomas da sepse precocemente, por meio de alterações na avaliação de sinais vitais, avaliação respiratória, neurológica e renal levando a ações imediatas para seu tratamento. Vale ressaltar a importância da apropriação pelo profissional enfermeiro de seus instrumentos de trabalho, Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nesse processo, que permitem o raciocínio clínico e tomada de decisão.

Portanto, buscar agilidade para identificação da doença é o objetivo principal das equipes, e por nós aqui destacada a de enfermagem, que é primordial nas ações desenvolvidas na presença da condição de saúde a fim de propiciar um melhor prognóstico e controle dos fatores envolvidos na determinação de agravo. A justificativa para a realização desta pesquisa deu-se pela necessidade de expor as principais ações de enfermagem na identificação, controle e assistência da sepse,

bem como alertar sobre essa condição, considerada problema de saúde pública em todo o mundo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a atuação do enfermeiro no reconhecimento e assistência da sepse em UTIs de um hospital do extremo Sul de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar os protocolos e escalas institucionais utilizadas pelo enfermeiro para o reconhecimento precoce da sepse, aplicados em UTIs de um hospital do extremo sul de Santa Catarina.

Analisar as competências do enfermeiro para o reconhecimento e assistência de pacientes que desenvolvem o quadro clínico da sepse em UTIs de um hospital do extremo sul de Santa Catarina

Analisar a tomada de decisão do enfermeiro e a conduta na assistência ao paciente após o reconhecimento precoce e tratamento da sepse em UTIs de um hospital do extremo sul de Santa Catarina.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é idealizada com base nas ações de Florence Nightingale. Em 1954 ocorreu a guerra da Criméia no qual Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia, os soldados vinham a óbito pelas condições precárias, porém a taxa de mortalidade reduziu com intervenções de cuidados mais complexos e especializados, ou seja, foram classificados de acordo com o grau de gravidade, onde os mais graves ficassem próximos a enfermagem com monitorização contínua. Sendo assim, o objetivo básico da unidade de terapia intensiva é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes em um ambiente físico e psicológico adequado (OUCHI, 2018).

As primeiras unidades de cuidados intensivos foram criadas a partir do reconhecimento, por parte da equipe de enfermagem, da importância de controle e vigilância sobre doentes graves, em situação de risco de vida. Para tanto, eles passaram a ser agrupados em áreas específicas do hospital. Assim, os enfermeiros poderiam se certificar de que os pacientes mais graves receberiam mais atenção, quando alocados próximos ao posto de enfermagem (SILVA, 2015).

A Unidade de Terapia Intensiva é um local com equipamentos de tecnologia de ponta, destinada a pacientes que necessitam de cuidados complexos e monitorização contínua. Apesar de sua essencialidade, é caracterizada por ser um ambiente inóspito, uma vez que apresenta muitos ruídos, alarmes, iluminação constante, realização de procedimentos invasivos e movimentação de profissionais, tornando-se ainda mais depressor e estressor física e psicologicamente ao paciente. Sabe-se que existe uma grande diversidade entre UTIs no que se refere aos recursos estruturais, relacionado ao tratamento de pacientes graves. É importante salientar que este ambiente desempenha um papel importante e decisivo na manutenção da chance de sobrevivência de um paciente em estado crítico. A porcentagem de leitos de Terapia Intensiva necessários varia de 7% a 15%, dependendo das características próprias de cada hospital (OUCHI, 2018).

Atualmente a expressão “segurança do paciente”, tem sido muito utilizada na área da saúde e vem se tornando uma das temáticas mais inovadoras e prioritárias nas últimas décadas. Ela é definida como ato de evitar, prevenir e melhorar os

possíveis eventos adversos e erros cometidos pelos profissionais na prática assistencial e que possam colocar em risco a vida dos pacientes, principalmente pelos profissionais da enfermagem, a fim de assegurar uma assistência de qualidade (VINCENT, 2010; CAPUCHO; CASSIANI, 2013; CAVALCANTE et al., 2015).

Com o surgimento de novas tecnologias se tornou possível observar a ocorrência de eventos indesejados e falhas na qualidade e segurança da assistência prestada. Com a modernidade, as terapias se tornaram cada vez mais complexas e eficazes, no entanto, mais perigosas, o que requer muita habilidade dos profissionais, principalmente os atuantes na UTI (TAVARES, 2013; VINCENT, 2010).

“Em virtude dessa complexidade e da utilização de vários procedimentos e intervenções terapêuticas, as chances de ocorrer eventos adversos e erros são ainda maiores, colocando em risco a segurança e a vida do paciente” (SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011; ALVES et al., 2016; BECCARIA et al., 2009).

De acordo com TOFFOLETTO (2008), quanto mais complexas as terapias, maior será o avanço e a utilização de tecnologias, e associados a isso, tem-se a sobrecarga de trabalho e a falta de conhecimento e habilidades, levando ao erro durante a assistência de enfermagem, e conseqüentemente danos ao paciente.

Porém segundo OUCHI et. al (2018), o profissional enfermeiro encontra um grande desafio na implementação da humanização nas unidades críticas, pois um local de diversas tecnologias com o passar dos anos desenvolveu certa mecanicidade do cuidado que deve ser combatida diariamente pela equipe de saúde, tais mecanismos devem ser utilizados como auxílio ao cuidado, porém sem deixar de lado o caráter humano dos pacientes.

Tais tecnologias desencadeiam a necessidade de atualização permanente que deve ser organizada pelo enfermeiro do setor, com o intuito de reduzir erros ocasionados pela automatização do cuidado, e buscar uma visão mais holística aliando máquina e profissional (SIQUEIRA et al., 2019).

Conforme citado, este setor necessita de profissionais qualificados para realizarem os procedimentos necessários para a manutenção da vida do paciente ali internado. Nos próximos tópicos será abordado o papel do enfermeiro neste setor.

3.2 DEMANDAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RELACIONADAS À SEPSE

O ambiente de cuidados foco do presente estudo é um setor de alta complexidade destinado a assistir pacientes graves e instáveis que permanecem no meio hospitalar, por contar com aparato tecnológico e informatizado de ponta, que apresenta ritmo acelerado, no qual são realizados procedimentos agressivos e invasivos, e onde o processo entre a vida e a morte está bem presente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente (BACKES, 2015).

É sabido que as demandas para admissão de pacientes graves neste âmbito dependem muito do quadro do paciente. A responsabilidade das vagas é atribuição da equipe médica, sendo norteadas pelo quadro de distribuição de leitos disponíveis, o que está cada vez mais escasso, com isso os profissionais responsáveis devem ter total conhecimento da condição do paciente antes de admiti-lo num leito de UTI (BACKES, 2015).

Conhecer o perfil do paciente torna-se fundamental para aqueles que atuam no cuidado, como também para aqueles que exercem cargos de gerência dos serviços de saúde para proporcionar uma assistência com qualidade (SILVA et al., 2008).

Além de que este é um local de constante demanda de cuidado, onde se observa constante sobrecarga de profissionais, o enfermeiro gestor tem importante papel, pois as decisões tomadas impactarão diretamente no cuidado final ao paciente, tendo como desafio também os choques de opiniões hierárquicas (CONZ, 2019).

Em um estudo realizado com base em 975 prontuários, que descreveu o perfil de pacientes internados em UTI realizado entre janeiro de 2016 a janeiro de 2017, vimos que a sepse foi a causa de mais de 30% das internações, superada apenas por Infarto Agudo do Miocárdio com 31,2%, o que reforça a necessidade de aprimoramento profissional para com tal patologia (PAULETTI, 2017).

As doenças neurológicas ou doenças cerebrovasculares (DCV) são importantes causas de morbidade e mortalidade, visto que o cuidado de pacientes neurológicos normalmente necessita de avaliação contínua. Estas ocupam o terceiro lugar no número de óbitos no mundo. Dentre as DCV, destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE), uma anormalidade usualmente súbita do funcionamento cerebral decorrente de uma interrupção da circulação cerebral ou de hemorragia (CASTRO et al., 2009).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, as causas externas compreendem as lesões

decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violência (agressões/homicídios, suicídios, abuso físico, sexual e psicológico) (BRASIL, 2010).

3.3 SEPSE

3.3.1 Conceito de Seps e Epidemiologia

Atualmente, novas definições de seps surgiram (Quadro 1), caracterizando-a como uma disfunção orgânica potencialmente fatal, causada por uma resposta desregulada a um foco infeccioso, sendo ela definida pela presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária a resposta desregulada do hospedeiro à uma infecção (SINGER et al., 2016). Vale ressaltar que novos conceitos foram atribuídos ao choque séptico, como anormalidade circulatória e celular/metabólica secundária à seps, o suficiente para aumentar significativamente a mortalidade, requerendo a presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média ≥ 65 mmHg e lactato ≥ 2 mmol/L após adequada ressuscitação volêmica (SINGER et al., 2016).

Quadro 1 - Definições de síndrome de resposta inflamatória sistêmica

Infecção Sem Disfunção	Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Seps	Presença de pelo menos 2 dos seguintes itens, associados a disfunção orgânica e agente infeccioso. a) temperatura central $> 38,3^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$; b) frequência cardíaca $> 90\text{bpm}$; c) frequência respiratória > 20 rpm ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg ou necessidade de ventilação mecânica; d) leucócitos totais $> 12.000/\text{mm}^3$ ou $< 4.000/\text{mm}^3$ ou presença de $> 10\%$ de formas jovens
Choque séptico	Estado de falência circulatória aguda caracterizada pela persistência de hipotensão arterial em paciente séptico, sendo hipotensão definida como pressão arterial sistólica < 90 mmHg, redução de > 40 mmHg da linha de base, ou pressão arterial média < 60 mmHg, a despeito de adequada reposição volêmica, com necessidade de vasopressores, na ausência de outras causas de hipotensão

Fonte: Singer et al., 2016.

Em 2017, cerca de 48,9 milhões casos incidentes de seps foram registrados em todo o mundo e 11,0 milhões de mortes relacionadas à seps foram relatados, representando 19,7% de todas as mortes globais. Um estudo estimou a incidência de seps nos Estados Unidos em 751.000 casos por ano, sendo que a

idade se relaciona diretamente com a incidência e a mortalidade. A mortalidade foi de 10% em crianças e 38% em pacientes com mais de 85 anos, sendo responsável por 9,3% de todos os óbitos nos Estados Unidos e resultando em 215.000 mortes (Rhee et al., 2017). Com a situação pandêmica atual pelo vírus SARS-Cov-2, os casos de morte por sepse aumentaram, justamente pelo fato de que o vírus pode causar o choque séptico no paciente ocasionando a morte, e justificando a busca por novos protocolos de cuidado para esse evento inflamatório (ALHAZZANI et al., 2020).

No Brasil, um estudo desenvolvido em cinco UTIs dos estados de São Paulo e Santa Catarina, mostrou uma incidência de sepse, sepse grave e choque séptico de 46,9%, 27,3% e 23%, respectivamente e uma mortalidade de 33,9% para sepse, 46,9% para sepse grave e 52,2% para choque séptico (Silva et al., 2004). Um outro estudo demonstrou alta incidência, prevalência, e taxas de mortalidade por sepse, resultando em uma estimativa de mais de 200.000 mortes em pacientes adultos tratados UTI por ano (MACHADO et al., 2014). E ainda um estudo que traz a progressão dos dados entre 2006 e 2015 das internações no Sistema Único de Saúde ocasionada por sepse revela um aumento na incidência de 31,5% para 50,5% ou seja, 47,4 para cada 100.000 pessoas e da letalidade por internações com admissão em UTI de 46,3% para 64,5%. Enquanto a letalidade de crianças e adolescentes diminuiu cerca de 40,1%, para o restante das faixas etárias houve um aumento de 11,4%. Vale ressaltar que a letalidade em hospitais públicos foi consideravelmente maior, 55,5%, enquanto em hospitais privados foi obtido o dado de 37%. O baixo ressarcimento do SUS aos hospitais para tratamento da doença pode ser um dos motivos da maior porcentagem de letalidade durante o período de estudo (NEIRA et al., 2018).

Entretanto no Brasil, há muitas subnotificações e estudos epidemiológicos sobre sepse são escassos, necessitando de mais pesquisas sobre o tema. (SILVA et al., 2004; MACHADO et al., 2014; DEUTSCHMAN e TRACEY, 2014; SINGER et al., 2016). Ressaltado pelos dados mais recentes disponíveis no site DATASUS, onde o número total de óbitos por septicemia registrados no estado de Santa Catarina no ano de 2019, fora de 716 pessoas, com destaque da macrorregião de saúde Planalto Norte e Nordeste com o número maior de óbitos registrados (169) e a macrorregião de saúde Foz do Rio Itajaí com o menor número de registro de óbitos (18). É notável que a subnotificação torna este número muito mais baixo do que a realidade vivenciada no âmbito hospitalar (BRASIL, 2019).

Segundo OLIVEIRA et al. (2014), a sepse se constitui em uma das maiores causas de hospitalização e mortalidade, trata-se de uma resposta do organismo a um estímulo infeccioso e se caracteriza por desregulação nas respostas inflamatórias, anti-inflamatórias e da coagulação.

A infecção é causada por microrganismos existentes no ambiente hospitalar, também encontrados na microbiota do paciente ou através de infecção cruzada. O paciente está suscetível devido a vários fatores que o predispõe a ação natural dos agentes patogênicos, tendo como principais causas, o período prolongado de internação, colonização de microrganismos resistentes, uso de imunossupressores e processos invasivos constantes (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

Diante desta problemática, em 2002 foi criado um comitê internacional visando implantar protocolos evidenciados cientificamente, com análise beira do leito, criando a campanha de sobrevivência a sepse, tendo como o objetivo final a redução dos óbitos em 25%. As primeiras diretrizes foram lançadas em 2004, e já sofreu mais duas atualizações, sendo que a última ocorreu em 2012. No Brasil este programa é gerenciado pelo Instituto Latino Americano para Estudos da Sepse (ILAS), e tem maior atuação nas Unidades de Terapia Intensiva (SILVA, 2006; DIAS et al., 2014).

Sabe-se que os pacientes internados em unidades críticas, são submetidos a procedimentos invasivos e longos períodos de internação, o que acabam ocasionando as infecções hospitalares. A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é uma problemática mundial relacionada à qualidade da assistência prestada à saúde, visto que elevam o custo e o tempo da internação do paciente que culminam nos índices de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2013).

Segundo FERREIRA (2021) as principais bactérias associadas à ocorrência de sepse e choque séptico em geral são as gram-positivas *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae*, e as gram-negativas *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*, sendo a mais predominante as gram-negativas *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*.

A doença é a principal geradora de custos com saúde no mundo, sendo ela no setor público ou privado. Pois exige uma demanda altíssima de inúmeros medicamentos, equipamentos sofisticados e exige muito da equipe de saúde.

3.3.2 Fisiopatologia da Sepses

A fisiopatologia da sepsis envolve diversos mecanismos que confluem a partir da exposição do organismo a algum patógeno ou suas toxinas, desencadeando uma resposta imune mediada por citocinas, ativando neutrófilos, plaquetas e monócitos que geram a inflamação e danos aos tecidos do organismo. Essa resposta descontrolada lesa o endotélio vascular causando a piora na perfusão devido a vasoconstrição, o que contribui para uma maior ativação das vias inflamatórias, tornando os mecanismos da sepsis um ciclo vicioso (SANAR, 2020).

Alguns microrganismos já foram associados com uma maior predisposição ao quadro de sepsis, como por exemplo, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae* que são bactérias gram-positivas bastante comuns na pele e no ambiente. Além das bactérias gram-positivas, existem os microrganismos gram-negativos e os fungos como agentes que frequentemente causam quadros de choque séptico (SANAR, 2020).

A sepsis é um processo inflamatório onde há uma resposta tecidual à agressão do agente invasor. Seu desencadeamento depende das relações estabelecidas entre os microrganismos e o hospedeiro, para que haja uma ativação exacerbada da resposta imune inata, causada pelo reconhecimento de um patógeno (OVIEDO-BOYSO et al., 2014). A interação entre microrganismo e hospedeiro se inicia pelo reconhecimento das substâncias do agente etiológico, que em níveis celulares, acontece pelos receptores de reconhecimento padrão (RRPs). Sendo os mais comuns os receptores Toll-Like (TLR), os quais são expressos por células do sistema imune inato (HUBACEK et al., 2001).

Os TLR são uma família de proteínas transmembranas do tipo I, com a responsabilidade de reconhecer os padrões de reconhecimento de patógenos (PAMPs) expressados por um amplo espectro de agentes infecciosos (DUCOTTET et al., 2003). As diferentes localizações subcelulares de RRP e a ampla variedade de PAMPs permitem que o hospedeiro possa identificar agentes patogênicos lesivos. Após o reconhecimento, vias de transdução de sinal são ativadas, que culminam com a translocação do fator nuclear Kappa B (NF- κ B) para o núcleo celular. Que por sua vez, regula a resposta inflamatória através da expressão de mediadores pró-inflamatórios, como o óxido nítrico (NO), interleucina 1- β (IL-1 β), interleucina 6 (IL-6) e o fator de necrose tumoral α (TNF- α) (OVIEDO-BOYSO et al., 2014). Com a

liberação de mediadores inflamatórios e das proteínas do patógeno pode ocorrer à ativação do sistema de coagulação. Levando a hipoperfusão e hipóxia tecidual, com consequente disfunção de órgãos (HUBACEK et al., 2001; ABRAHAM et al., 2007).

O TNF- α e a IL-1 β ativam a resposta imune adaptativa, que é responsável pela amplificação da imunidade inata. Com o aumento dessas citocinas, há uma ativação das células B, que liberam imunoglobulinas facilitadoras da apresentação de antígenos para as células fagocitárias. Além disso, as células T do tipo 1 (Th1) podem secretar citocinas pró-inflamatórias (TNF- α e IL-1 β). Assim auxiliando no aumento das moléculas de adesão em leucócitos e células endoteliais e aumento da permeabilidade vascular, ocasionando edema tecidual (MINA et al., 2013).

Na resposta inflamatória, outro componente importante é o óxido nítrico (NO), que é um potente vasodilatador, que no choque séptico tem um papel crucial nas alterações hemodinâmicas (OVIEDO-BOYSO et al., 2014).

3.3.3 Escalas e Protocolos Utilizados na Prevenção, Controle e Tratamento da Sepses

As diretrizes internacionais que dizem respeito aos protocolos para uma adequada identificação de sinais e sintomas da sepsis diminuem o tempo de detecção de pacientes em risco para sepsis, desta forma favorece o tratamento precoce (ILAS, 2014).

Para tal, é primordial que a equipe de saúde seja capacitada e dinâmica, salientando que a enfermagem, por assistir o paciente de forma integral à beira do leito, ocupa papel de destaque, na identificação de sinais e sintomas da sepsis e de fatores de risco ao seu desenvolvimento, sendo a qualidade assistencial decorrente da prática clínica embasada por evidências científicas (PENINCK., 2016).

Em muitos hospitais o padrão de atendimento para os pacientes internados com suspeita de sepsis, tem como objetivo geral identificar precocemente os sinais e sintomas de sepsis. Segundo o Hospital São Mateus em protocolo da sepsis do ano de 2019 p. 4:

Todos os pacientes admitidos com suspeita de sepsis no Pronto-atendimento ou Unidades de Terapia Intensiva do Hospital São Mateus, ou que em algum momento da internação desenvolvam quadro compatível de sepsis deverão ser incluídos no protocolo de sepsis, devendo ser seguidos os seguintes passos: Avaliação da presença de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica em conjunto com uma disfunção orgânica, deve acionar a equipe médica, caso o foco infeccioso seja confirmado detecta-se a disfunção existente e dá-se seguimento ao pacote de uma hora administração de

antimicrobianos, coleta de exames laboratoriais gasometria e lactato arterial, hemograma, plaquetas, creatinina, bilirrubina e coagulograma duas hemoculturas de sítios diferentes e culturas de todos os sítios pertinentes.

Criou-se então, os pacotes chamados também de *Bundles*, referindo-se a um conjunto de intervenções alicerçadas em evidências científicas. Os pacotes atuais contêm condutas para as seis horas do diagnóstico de sepse, sendo a primeira hora a mais significativa. Essas intervenções são prioritárias para o tratamento da doença, sendo que o enfermeiro possui um papel fundamental em sua aplicação (ZANON., 2008).

Ainda segundo o Hospital São Mateus, em seu protocolo de prevenção à sepse do ano de 2019, os antimicrobianos recomendados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar dependem da origem do foco suspeito, tais antimicrobianos são padronizados pela SCIH de cada hospital que aderir o protocolo de sepse atualizado, sendo estes disponibilizados na ficha de coleta de dados do protocolo de sepse.

O primeiro *Guideline na Critical Care Medicine and Intensive Care Medicine* foi publicado em 2004, que é um manual de padronização no cuidado em hospitais na América do Norte. Em 2010, no Brasil, foi constituído o Projeto Nacional de sepse, que tem como finalidade programar estratégias efetivas a fim de reduzir a incidência de infecção hospitalar e dos óbitos causados (MORETTI, 2019). Mais de 20 países já aderiram a esta campanha, atualmente no Brasil esta campanha é coordenada pelo Instituto Latino Americano para Estudos da Sepse (ILAS) (PENINCK; MACHADO, 2012).

Com o passar das décadas, o tratamento da sepse grave e do choque distributivo sofreram mudanças significativas devido à realização de importantes estudos no cenário mundial clínico. O choque tem como terapia três pilares cruciais: suporte hemodinâmico para estabilização da pressão arterial, uso de antibióticos para controlar o foco infeccioso, e a tentativa de interromper a disfunção de múltiplos órgãos (PENINCK; MACHADO, 2012).

O Escore Rápido de Avaliação de Falha de Órgãos Sequenciais (qSOFA ou quick SOFA) é uma ferramenta utilizada na existência de alguma disfunção orgânica que avalia a soma de pelo menos duas das três variáveis clínicas na beira do leito, sendo elas: Pressão arterial sistólica (PAS) ≤ 90 mmHg, frequência respiratória (FR)

≥ 22 rpm e alteração do nível de consciência (≤ 13 na Escala de Coma de Glasgow). (ROSA, Karoliny Rodrigues, et al., 2019)

Como citado anteriormente, este escore é comumente utilizado na avaliação a beira do leito por meio do exame físico, sendo de rápida e fácil aplicação com o objetivo de identificar precocemente o paciente com risco de morte pela patologia sem recursos brutos, conforme seu escore percussor, SOFA, onde seria necessário, por exemplo, a coleta e análise de exames laboratoriais para posterior pontuação (SINGER et al., 2016; RESENDE, 2020).

Segundo ILAS (2018), o diagnóstico de sepse não se deve partir simplesmente da SIRS juntamente com um foco infeccioso, pois pode se tratar de uma infecção sem disfunção, entretanto tal conceito serve como triagem para início precoce e não diagnóstico portanto o mesmo se dá através da alteração na hemodinâmica e possível disfunção orgânica, o que evidencia a necessidade da visão mais abrangente do profissional enfermeiro que se encontra a beira leito.

3.3.1 Pacote de tratamento da sepse de uma hora

Tendo em vista esses pontos, o Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS), em seu programa de melhoria de qualidade de 2019, optou por adotar o novo pacote de 1 hora, seguindo os guidelines da campanha de sobrevivência da sepse:

1. Coleta de lactato sérico para avaliação do estado perfusional;
2. Coleta de hemoculturas - a mesma deve preferencialmente ser feita antes da administração de antimicrobianos;
3. Início do antimicrobiano de largo espectro por via endovenosa na primeira hora de tratamento;
4. Iniciar reposição volêmica com 30 ml/kg de cristaloides em pacientes com hipotensão ou lactato acima de duas vezes o valor de referência;
5. Uso de vasopressores durante e após reposição volêmica para manter pressão arterial média acima de 65mmHg.
6. Coleta do segundo lactato entre 2 e 4 horas para pacientes com hiperlactatemia, sendo esta o dobro do valor de referência.

3.3.2 Pacote de tratamento da sepse das 6 horas

Segundo ILAS (2019) os pacientes com hiperlactatemia e hipotensão persistente devem passar pelo *Check Point* de 6 horas após o início do tratamento, atualmente foram retirados a necessidade de acompanhamento de PVC e SVcO₂ do antigo pacote de seis horas. Adequando então a realidade brasileira, o ILAS instituiu que no *Check Point* de 6 horas faz-se necessário, métodos dinâmicos de avaliação de responsividade de volume. Sendo, portanto, a principal diferença em relação aos antigos pacotes de três e seis horas, a necessidade da realização das intervenções em um menor período de tempo.

3.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RELACIONADA À SEPSE

Florence realizou um estudo estatístico que a fez conhecida por sua visão de gestão hospitalar. Ela foi bem-sucedida ao demonstrar a eficácia de suas ações relacionadas à higiene do ambiente na redução dos índices de mortalidade nos hospitais de campanha. Este estudo se tornou um marco da história da bioestatística e do controle de infecção hospitalar, possibilitando mais tarde, ingressar como a primeira mulher na Real Sociedade de Estatística britânica (SILVA, 2020).

O profissional enfermeiro tem diversas competências, uma delas é o reconhecimento e assistência precoce da sepse no setor hospitalar principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (SANTO, 2006).

A intervenção de enfermagem para controlar a sepse está fundamentada nas diretrizes da campanha de sobrevivência a sepse, é fiscalizada pela ILAS, que programou o pacote de medidas do combate à sepse. Este pacote refere-se a um conjunto de intervenções clínicas baseadas em evidências (ILAS, 2014).

É importante que os enfermeiros e sua equipe desenvolvam o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões por meio da implementação do Processo de Enfermagem, um instrumento que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas e determinar que aspectos dessas necessidades exijam uma intervenção profissional. (ILAS, 2014). Este método permite que o enfermeiro utilize cientificamente modelos de cuidados para desenvolver seu pensamento crítico e conseqüentemente a tomada de decisão, investigando fatores

de risco e bem estar promovendo a transformação do indivíduo, família e comunidade (COREN-SP, 2015).

Considerada uma problemática mundial as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), que é definida como as infecções adquiridas durante o permanência no âmbito assistencial, tendo em vista que além de elevar o custo eleva também o tempo de internação do paciente (BRASIL, 2013). Novos microrganismos têm sido descobertos e documentados e as infecções vêm surgindo mais resistentes. (ANDRADE, LEOPOLDO e HAAS, 2008).

O paciente está suscetível à infecção devido a diversos fatores, tendo como principais causas o período prolongado de internação, processos invasivos constantes, uso de imunossupressores e colonização de microrganismos resistentes. A infecção pode ser causada tanto por microrganismos encontrados na microbiota do paciente ou ambiente hospitalar por ser um local insalubre, quanto através de infecção cruzada. (OLIVEIRA, KOVNER e SILVA, 2010).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sepse e choque séptico é de extrema importância para minimizar a incidência de disfunção de múltiplos órgãos e de morte (PIRES et al., 2011). É importante que o enfermeiro em sua abordagem inicial observe as manifestações clínicas de hipoperfusão apresentadas pelo paciente como a hipotensão, hipoxemia e oligúria. A observação de parâmetros hemodinâmicos como a frequência cardíaca, Pressão Venosa Central (PVC), saturação venosa de oxigênio deve ser destacada. A coleta de gasometria arterial também é prioridade e uma das suas funções (WESTPHAL, 2009).

Segundo Neto et al. (2011), a enfermagem moderna teve um considerável avanço no campo do saber, buscando o desenvolvimento de cuidados em bases convergentes da ciência e arte, procurou sistematizar seu conhecimento por meio de uma linguagem padronizada que pudesse alicerçar a sua prática. Assim como o objetivo de enfermagem se constitui no cuidado humano, torna-se imprescindível que os seus agentes desenvolvam o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões por meio da implantação do processo de enfermagem.

A equipe de enfermagem precisa estar preparada para prestar a assistência contínua ao paciente com sepse. A atividade do cuidar além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meios seguros. (PINTARELLI, JÚNIOR, SANTOS, 2013). A enfermagem tem um papel fundamental na identificação precoce e controle da sepse, visando à redução das taxas de óbitos e aumento na

taxa de sobrevivência nas UTIs (LIMA, PICANÇO, 2015). O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é fundamental na identificação dos sinais e sintomas da sepse (FERREIRA, NASCIMENTO, 2014).

Segundo SANTOS (2014), partindo desse princípio, sabe-se que neste aspecto dos cuidados a sistematização de enfermagem, pressupõe a organização do trabalho, torna possível a operacionalização do processo de enfermagem, uma ferramenta metodológica composta por cinco etapas inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e ação. Todas essas etapas juntas devem ter o objetivo de sistematizar o cuidado de enfermagem ao paciente, viabilizando uma assistência de qualidade e individualizada. Portanto este processo torna-se fundamental para a identificação dos sinais e sintomas da sepse, onde a anamnese e o exame físico são a peça-chave para esse diagnóstico precoce (FERREIRA, 2014).

Segundo FARIAS (2013) os profissionais que atuam em UTI têm como uma das principais demandas no atendimento inicial de pacientes sépticos, o reconhecimento precoce e a otimização do tratamento. No ambiente da UTI é necessário aperfeiçoar percepções e imediatamente implantar ações junto à equipe que por mais simplificada que possam parecer, resultam em minimizações do agravo e suas complicações.

Desta forma algumas das intervenções nos casos da instalação da sepse, seja qual for o foco inicial, constituem o plano de ação do atendimento de enfermagem na sepse nas primeiras 24 horas, mantendo cabeceira elevada a 45 graus, repouso no leito, objetivando minimizar o risco de bronco aspiração e pneumonia associada à ventilação mecânica, checar sinais vitais de hora em hora, monitorando intercorrências, monitorar padrão ventilatório, perfusão e hipoperfusão somada a dados gasométricos posteriores tornam-se sinalizadores precoce da sepse, instalação de oxigênio e manter material de intubação a beira leito (FERREIRA; NASCIMENTO, 2014).

Segundo Araújo (2007) para que o paciente séptico tenha um atendimento de qualidade, o enfermeiro deverá ter uma prática tangencial e dinâmica baseada em estudo científico com um grau de evidência confiável, sendo necessário um conhecimento expansivo em todos os âmbitos.

Segundo Viana (2009) para obter um prognóstico positivo os enfermeiros devem perceber e reconhecer as alterações, principalmente, dos sinais vitais no início da sepse, devendo também reconhecer possíveis alterações orgânicas, como dispneia (disfunção pulmonar), oligúria, alteração do nível de consciência, insuficiência de múltiplos órgãos que ocorrem já no estado grave da sepse.

O enfermeiro tem a responsabilidade de planejar, coordenar e implementar ações que visem à recuperação do paciente em tempo hábil, atuar na monitorização constante e intensificar o controle de infecções através de medidas preventivas (BONFIM; BÁRBARA; CARVALHO, 2013).

Vale ressaltar que os enfermeiros capacitados propiciam racionalização de rotinas, padronização e mais segurança na realização dos procedimentos, justificando a necessidade de acompanhar as novas tendências e participar da construção de alternativas que respondam aos desafios de melhorar a oferta de qualidade dos serviços prestados (PENINCK; MACHADO, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

No que se diz a respeito de metodologia, o presente estudo foi de cunho qualitativo, exploratório, descritivo com pesquisa de campo, sendo a pesquisa realizada em forma entrevista com questionário semi-estruturado.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, ou seja, proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2002).

As pesquisas descritivas têm como foco descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2002, p 27).

A pesquisa teve início pela fase exploratória, que consiste em uma caracterização do problema, do objeto, dos pressupostos, das teorias e do percurso metodológico. Não busca resolver de imediato o problema, mas caracterizá-lo a partir de uma visão geral, aproximativa do objeto pesquisado. Tal fase fez-se necessária por se tratar de um tema pouco explorado na instituição alvo da pesquisa, tornando-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. (Gil, 2002, p.43)

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em setores de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte e alta complexidade no Sul do Estado de Santa Catarina.

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população alvo para a realização deste estudo foram sete enfermeiras atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital do extremo sul de Santa Catarina.

4.3.1 Critério de inclusão

Como critérios de inclusão foram incluídos na pesquisa os profissionais que seguem os itens:

- a) Ser graduado em enfermagem;
- b) Estar atuando em UTI como enfermeiro;
- c) Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3.2 Critério de exclusão

Como critérios de exclusão foram excluídos os enfermeiros que estão afastados de suas atividades além dos profissionais que não responderam ou não completaram a pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

O plano para a coleta de dados (Apêndice A) foi necessário para indicar a origem dos dados envolvidos, de onde surgiram os dados coletados para este estudo. É importante lembrar que as fontes precisam ser confiáveis e verídicas. Fosse esta, que o pesquisador vai até as fontes para procurar, por meio de instrumentos apropriados, obter evidências sobre a realidade pesquisada. (GIL, 2002).

A coleta de dados dá-se nos setores de Unidade de Terapia Intensiva sendo desenvolvida conforme os itinerários metodológicos listados abaixo:

4.5 ANÁLISE DE DADOS

O método escolhido para a análise de dados dessa pesquisa é a análise de conteúdo, conforme Santos (2011), um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a 'discursos' (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas

técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.

Para aplicar a análise de conteúdo foram seguidas as três etapas defendidas por Bardin (1977). A organização, a codificação e a categorização. Na organização, foi feito uma pré-análise dos dados coletados para avaliar quais deles seriam utilizados, todos os dados que estavam viáveis foram utilizados na pesquisa. Na codificação foram destacadas as unidades de registro e as unidades de contexto, sendo as unidades de registro as palavras-chave consideradas mais relevantes para a pesquisa, e as unidades de contexto, o meio onde as unidades de registro foram sendo colocadas pelo entrevistado, de que forma foram ditas, ou em qual contexto foram utilizadas.

Por fim, vem a etapa de análise temática, com a categorização, a inferência e a análise bidimensional, onde serão agrupadas as informações com base no sentido daquilo que o entrevistado estava querendo dizer. O presente estudo gerou nove categorias sendo elas:

Categoria 1: Caracterização dos participantes.

Categoria 2: Conceito atual de sepse.

Categoria 3: Manifestações clínicas da sepse.

Categoria 4: Ferramenta utilizada para identificar os pacientes com suspeita de sepse.

Categoria 5: Ações fundamentais para prevenção de sepse no contexto hospitalar.

Categoria 6: Principais dificuldades para prevenção de sepse no contexto hospitalar.

Categoria 7: Percepção dos profissionais sobre as ações contra a sepse no local de trabalho.

Categoria 8: Avaliação dos profissionais sobre a aplicabilidade do protocolo de sepse.

Categoria 9: Como ocorre a assistência ao paciente com suspeita de sepse sob a inexistência de um protocolo.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao propósito de atender as exigências formais relativas aos aspectos éticos em pesquisa, expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a presente pesquisa incorpora os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012, p. 01), os quais asseguram os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e as instituições pesquisadas. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa sob o protocolo número: 4.935.857/2021 (Apêndice B).

Com vistas a atender as exigências formais relativas aos aspectos éticos em pesquisa, os pesquisadores apresentaram a proposta ao referido hospital a fim de que fosse apreciada a proposta e fornecido a Carta de Aceite, posterior enviado ao comitê de Ética da instituição de ensino e hospital.

O risco desta pesquisa se caracteriza como mínimo, uma vez que se trata de uma entrevista de assunto não controverso, além de a identidade dos participantes serem preservadas e firmadas por meio do termo livre e esclarecido garantindo o consentimento e do mesmo.

Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá ser utilizada como parâmetro para uma futura implementação de protocolos de sepse, que ocasionará na melhora do cuidado integral da instituição.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, foi iniciada a coleta de dados, com agendamento prévio das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos profissionais e pesquisadores. Devido a impossibilidade de aplicar o questionário na íntegra por estar vivenciando um período pandêmico pelo COVID-19, cada participante respondeu ao questionário sem a presença dos pesquisadores, respeitando assim, todas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da presente instituição.

Para melhor entendimento dos resultados da pesquisa, as doze perguntas foram separadas em domínios, cada domínio abrangendo uma área específica.

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se “P” para as profissionais enfermeiras participantes, enumeradas de 01 a 07, sendo listados aleatoriamente na tabela 1, respeitando anonimato.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A instituição onde foi realizado o presente estudo, considerado um hospital de médio porte e alta complexidade, dispõe de duas UTIs que iniciaram os atendimentos há três anos possuindo capacidade para 10 leitos cada, no momento, uma sendo destinada à pacientes infectados com COVID-19 e a outra, destinada às demais patologias apresentadas pelos pacientes.

Os colaboradores possuem carga horária de 12hx36h, cumprindo plantões diurnos ou noturnos, tendo um total de oito enfermeiros intensivistas atuantes na instituição. Tendo isto em vista, por simples preferência, apenas um profissional não respondeu ao questionário.

5.1 CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Ao analisar as características dos participantes, verificou-se que as sete são do sexo feminino, com idade entre 20 e 50 anos. No que diz respeito ao tempo de formação, observa-se um intervalo de um a dez anos, e o tempo de atuação como intensivistas das profissionais, está entre um e cinco anos. Quanto à especialização, observou-se que 4 possuem alguma pós-graduação.

Quadro 2: Caracterização dos participantes

Perfil	n	%
Idade		
20 a 30 anos	2	29%
30 a 40 anos	2	29%
40 a 50 anos	3	42%
Sexo		
Feminino	7	100%
Titulação		
Mestre	1	14%
Especialista	3	43%
Bacharel	3	43%
Tempo de formação		
Menor que 1 ano	1	14%
Entre 1 a 2 anos	1	14%
Entre 4 a 5 anos	1	14%
Entre 5 a 6 anos	2	29%
Acima de 10 anos	2	29%
Carga horária		
40 horas semanais	5	71%
Mais de 40 horas semanais	2	29%
Tempo de atuação no setor		
Menor que 1 ano	2	29%
Entre 1 a 2 anos	2	29%
Entre 4 a 5 anos	1	14%
Acima de 10 anos	2	29%

Fonte: Do autor, 2021.

5.2 CATEGORIA 2: EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SEPSE

Durante a entrevista com os enfermeiros sobre o conceito de sepse e a sua classificação, foi observada a dificuldade em responder o conceito pelos participantes. Sendo que P1, P5 e P6 abordam de forma mais completa o mesmo, demonstrando maior propriedade por estar de acordo com a literatura mais atual, no entanto dois enfermeiros não possuem conhecimento sobre o mesmo, não entendendo o que é a doença e sua classificação, conforme descrito no quadro 3.

Quadro 3: conhecimento e desenvolvimento do conceito de sepse

Conceito	Profissionais
Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave, disfunção orgânica e choque séptico.	P2, P4
Sepse, sepse grave e choque séptico.	P1, P5, P6
Não tenho conhecimento.	P3,P7

Fonte: Do autor, 2021.

Segundo ALMEIDA et al. (2013) os enfermeiros em terapia intensiva devem ter o conhecimento necessário para diferenciar esses e outros conceitos, para identificar as possíveis manifestações em um paciente no quadro de sepse e assim intervir de maneira ágil e adequada em cada estágio da mesma. Tendo isso em vista, no ano de 2016 o terceiro consenso internacional de sepse e choque séptico, padronizou as definições a fim de melhorar o cuidado e evoluir na terapêutica da doença.

No quadro 3, pode-se observar que P1, P2, P4, P5 e P6 responderam definições contendo “sepse grave” em sua descrição, conceito este que atualmente está obsoleto, após o terceiro consenso internacional de 2016, que usa os termos sepse e choque séptico.

O quadro mostra também o desconhecimento da equipe para com a correta classificação da sepse, além disto, P3 e P7 responderam não ter conhecimento sobre as definições e conceitos atuais de sepse, o que reforça a necessidade da educação continuada com os profissionais enfermeiros, uma vez que os conceitos e patologias encontram-se em constante evolução. A detecção precoce e correta classificação contribuem para um diagnóstico idôneo e início imediato do tratamento, que são diferenciais na evolução do quadro geral do paciente.

5.3 CATEGORIA 3: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SEPSE

No quadro 4 fora observado que a maioria dos enfermeiros relatam alterações como a hipotensão e a febre como elementos de manifestação da sepse, no entanto, existem sinais e sintomas como taquicardia, saturação baixa, alterações nos sinais vitais, sendo esses parte da rotina avaliativa da equipe e de fácil detecção.

Quadro 4: Sinais e sintomas observados pelos profissionais sobre sepse

Sinais e sintomas da sepse	Profissionais
Hipotensão	P1, P2, P4, P5, P7
Pele pegajosa	P1
Palidez cutânea	P1
Febre	P2, P4, P5, P6, P7
Taquicardia	P2, P4, P6
Taquipneia	P2
Dessaturação	P2, P5
Hiperglicemia	P2
Leucocitose	P2
Aumento da creatinina	P2
Alteração do estado de consciência	P2, P3
Exames laboratoriais alterados	P3, P6
Alterações nos sinais vitais	P3, P5
Calafrios	P4
Oligúria	P4
Letargia	P7

Fonte: Do autor, 2021.

Além do mais, conforme as falas dos profissionais, os sintomas envolvendo a sepse também podem estar relacionados a outras alterações como ressaltado pela resposta de P5 “[...] *apresentam também: vômitos, hipoatividade, hipotonia, pele moteada e perfusão lenta*”. No entanto percebe-se que alguns profissionais se contradizem nos sintomas da sepse como observado na resposta de P7 “*Febre, hipotensão ou hipertensão, letargia*”.

Segundo ILAS (2018), a equipe de enfermagem desempenha um papel de extrema importância para detecção precoce da sepse, pois se encontra boa parte do tempo à beira do leito nas atividades assistenciais detectando alterações orgânicas a fim de fornecer conforto e qualidade de sobrevivência ao paciente.

Entre os principais sinais detectáveis pelo olhar clínico da equipe de enfermagem estão: Rebaixamento do nível de consciência, diminuição do débito

urinário, queda da pressão arterial, diminuição da oxigenação, além das técnicas privativas do enfermeiro como: débito cardíaco, coleta de hemocultura e gasometria arterial, tais informações auxiliam o médico na tomada de decisão posterior auxiliando no melhor prognóstico do quadro (ILAS, 2018).

Além disso, duas enfermeiras: P2 e P7 relataram como sintoma a alteração do estado de consciência. Sabe-se que a alteração no sistema nervoso central causado pela sepse, pode em momentos tardios causar o delirium e a morte de neurônios, posteriormente podendo estar relacionado com incapacidade cognitiva em longo prazo que inclui alterações na memória, atenção, na concentração e/ou na perda global da função cognitiva (Tomasi et al., 2016).

O reconhecimento das manifestações clínicas associadas à sepse é fundamental para a correta classificação do cliente. Tais manifestações variam de acordo com o agente causador da infecção. Observa-se que os enfermeiros citaram os sintomas da sepse, porém individualmente não conseguiram responder todas as manifestações clínicas da sepse. Tal falta de conhecimento pode retardar o tratamento trazendo prejuízo ao mesmo (VIANA, 2011).

Ressalta-se que uma das características que difere a sepse do choque séptico é a hipotensão (PAM <90mmHg), verifica-se que 5 enfermeiras: P1, P2, P4, P5 e P7 relataram a hipotensão, mas não relataram os valores para a diferenciação entre choque e sepse. Os enfermeiros que atuam em UTI devem ter conhecimento necessário para diferenciar esses e outros conceitos, para identificar as possíveis manifestações em um paciente no quadro de sepse e assim intervir de maneira ágil e adequada para cada estágio da mesma (RHEE et al., 2017). Em virtude disto, e para uma assistência mais eficaz ao paciente séptico, foram instituídos os pacotes de ressuscitação, a fim de reduzir a taxa de mortalidade (BOECHAT et al., 2010).

5.4 CATEGORIA 4: ESCORE RÁPIDO DE AVALIAÇÃO DE FALHA DE ÓRGÃOS SEQUENCIAIS (QSOFA OU QUICK SOFA): FERRAMENTA ESSENCIAL PARA IDENTIFICAR OS PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE NA BEIRA DO LEITO

No entanto, ao questionar as enfermeiras, vimos que nas respostas o grupo não sabia reconhecer de um modo geral a escala que deveria ser aplicada nos pacientes internados, conforme descreve o quadro 5.

Quadro 5: Ferramenta utilizada para identificar os pacientes com suspeita de sepse na beira do leito.

Escala utilizada	Profissionais
qSOFA	P2, P5, P6
qSCORE	P3
qSEPSIS	P4
Não tenho conhecimento	P1, P7

Fonte: Do autor, 2021.

As enfermeiras P2, P5 e P6 demonstraram conhecimento do qSOFA e o reconhecem como um instrumento de identificação de suspeita de sepse, porém é importante salientar que um dos parâmetros para estabelecimento do mesmo é avaliação do nível de consciência (Glasgow ≤ 13), tal critério dificulta a sua aplicação na UTI uma vez que boa parte dos pacientes, se encontram em constante sedação. Entretanto o qSOFA se torna muito útil e resolutivo em ambientes como a clínica médica, onde pode-se vigiar as alterações dos sinais e sintomas apresentados com mais clareza e sem interferência geral de sedativos tornando o atendimento mais dinâmico (Singer et al., 2016).

É possível observar ainda que quatro dos sete profissionais não possuem conhecimento sobre o escore utilizado na beira do leito. P1 e P7 afirmam não ter conhecimento sobre a ferramenta utilizada e P3 e P4 relataram utilizar escalas inexistentes nesse contexto.

Verificou-se que pacientes com suspeita de sepse apresentam alterações fisiológicas em um período de 8 horas antes do diagnóstico propriamente dito, portanto, o desfecho sobre a capacidade de sobrevivência está comumente interligado aos conhecimentos que o profissional enfermeiro tem sobre as alterações sugestivas de sepse (KUMAR et al., 2018).

Segundo Branco et al. (2020), os conhecimentos sobre aplicabilidade de escalas e detecção de sinais e sintomas, além da problemática da sepse devem ser capacitados constantemente, pois tal patologia exige um olhar crítico especializado, para sua correta detecção, controle e prevenção.

A constante evolução que permeia o conceito de sepse e a forma de tratá-la exige do profissional enfermeiro a educação permanente. Porém os gestores das instituições devem olhar para tais treinamentos como uma forma de desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, a fim de melhorar a qualidade do atendimento envolvido (Branco et al. 2020).

5.5 CATEGORIA 5: AÇÕES FUNDAMENTAIS PARA PREVENÇÃO DE SEPSE NO CONTEXTO HOSPITALAR

No quadro 6 foi observado que P1, P2 e P7 consideraram o controle de sinais vitais uma ação fundamental para prevenção de sepse hospitalar o que está diretamente ligada a identificação rápida dos sinais e sintomas citados por P4, P6 e P7. Durante anos evidenciou-se que o atendimento rápido e protocolado as situações clínicas têm contribuído para diminuição da morte relacionada a tais patologias como: IAM e AVE (WESTPHAL et al., 2009).

Quadro 6: Ações Fundamentais para prevenção de sepse no contexto hospitalar.

Ações de enfermagem	Profissionais
Resposta do antibiótico	P1
Controle de sinais vitais	P1, P2, P7
Boa ventilação	P1, P2,
Assepsia	P1, P7
Controle de glicemia capilar	P2
Administração de volume	P2
Início do antibiótico precoce	P3, P4, P6
Identificação rápida dos sinais de sintomas	P4, P6, P7
Coleta de exames laboratoriais	P4, P6

Fonte: Do autor, 2021.

Quando falamos de sepse e choque séptico, estamos falando de uma patologia que possui alta mortalidade. Porém quando avaliado ações como início do antibiótico precoce citado por P3, P4 e P6, observa-se melhora no prognóstico e diminuição das taxas de mortalidade (WESTPHAL et al., 2009).

Somente P1 e P7 elencaram a assepsia como sendo uma ação fundamental para prevenção de sepse no contexto hospitalar, entretanto é conhecido que existem medidas simples para prevenção das infecções hospitalares que podem desencadear em um foco de sepse, como a lavagem correta das mãos, medida esta que não foi citada por nenhum profissional. A higiene das mãos é a principal medida para se reduzirem infecções intra-hospitalares e, embora seja um procedimento simples e barato, a falta de adesão dos profissionais de saúde é um problema em todo o globo (MARTINEZ et al., 2009).

Além do mais, conforme as respostas seguintes das pesquisadas, as ações para prevenção de sepse podem estar ligadas a outros fatores conforme a resposta de P5 “[...] *Conscientização da equipe para atuar na diminuição e prevenção das IRAS. [...]*” e ainda pela de P7, “[...] *Cuidado com pacientes pós-cirúrgicos quanto à exposição do sítio de cirurgia e procedimentos na UTI. [...]*”. Por ser um setor onde os pacientes encontram-se em sua maioria, totalmente invadidos com dispositivos intravasculares, como por exemplo, os cateteres venosos centrais que são de ampla utilização e uma importante porta de entrada para que micro-organismos cheguem a corrente sanguínea com facilidade, tornando a UTI um ambiente bastante propício para a infecção e possível sepse ocasionando maior tempo de permanência hospitalar, impactando também na questão financeira. (TODESCHINI et al., 2011).

Segundo Ferreira e Nascimento et al. (2014), é importante que após a identificação das disfunções orgânicas a estratégia da equipe com a aplicação correta do protocolo de sepse, irá implicar no risco deste paciente evoluir para choque séptico.

A sepse e choque séptico são situações clínicas que ocorrem em alguns momentos de forma desordenada. Nas UTIs, percebe-se que o cliente já chega com quadro de choque séptico por já existir falência dos órgãos. Outros clientes dão entrada no setor com diagnóstico de sepse, mas rapidamente evoluem para o choque. Portanto, estas manifestações desenvolvem tão rapidamente que o acompanhamento constante dos sinais vitais se torna muito importante por parte da enfermagem (DIAMENT et al., 2011).

Os pacientes com suspeita de sepse devem iniciar o pacote de 1 hora que busca principalmente tratar o agente infeccioso por meio do início precoce da antibioticoterapia, o profissional enfermeiro é responsável então por organizar todo esse processo para que ocorra de maneira mais dinâmica possível, além de atentar-se para os cuidados de enfermagem com a administração das medicações, tais como a diluição correta do medicamento a fim de evitar incompatibilidade, além da coleta das culturas, quando possível, antes da administração do antibiótico sendo que o mesmo não pode ser postergado (ILAS, 2018).

A coleta de material para exames de hemocultura é fundamental para identificação do agente etiológico causador da sepse. Esse processo se caracteriza por isolar os microrganismos presentes no sangue, detectá-los e identificá-los, para finalmente contribuir com a continuação correta do tratamento visando o não desenvolvimento de resistência a antimicrobianos e consequentemente melhor

prognóstico. Observa-se a importância da enfermagem nesse processo uma vez que a coleta bem executada, ou seja, de veias periféricas em dois sítios diferentes e livre de contaminação, impacta em resultados e tratamento corretos. (DIAMENT, Décio, et. al, 2011; RÚBIA-ORTI, 2014)

Segundo a Surviving Sepsis Campaign (2011), o início da ressuscitação volêmica deve iniciar após o início dos sinais de hipoperfusão, além da hipotensão (PAS 90mmhg, PAM 65MMHG ou 40MMHG inferior a pressão habitual) devendo ser mantida uma infusão imediata de 30ml/Kg de cristaloides, onde sinais comuns como redução do nível de consciência devem ser avaliados pela equipe de enfermagem, além da correta evolução no prontuário caso a ressuscitação volêmica não for adotada. Outro ponto a ser observado pelo enfermeiro durante a assistência é a possibilidade de pacientes hipertensos com sepse, onde a reposição deve ser identificada e observada mais frequentemente (ILAS, 2018).

5.6 CATEGORIA 6: PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA PREVENÇÃO DE SEPSE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Pode-se observar no quadro 6 que a falta de comunicação multidisciplinar citado por P1, P4, P5, P6 e P7 mostra a grande maioria das dificuldades para prevenção de sepse no contexto hospitalar, justamente o contrário do conceito de multidisciplinaridade que busca reduzir fronteiras e aproximar os conhecimentos de diversas áreas, implicando em melhor articulação dos processos de trabalho (MATOS et al., 2012).

Quadro 7: Principais dificuldades para prevenção de sepse no contexto hospitalar

Dificuldade	Profissionais
Falta de comunicação multidisciplinar	P1, P4, P5, P6, P7
Dificuldade de manuseio do sistema de prescrições médicas	P2, P3

Fonte: Do autor, 2021.

Segundo NOGUEIRA et al. (2018), a comunicação entre os profissionais pode ser facilitadora da humanização assistencial prestada pela equipe, pois através dela é possível identificar os problemas e compreender as necessidades dos clientes. Com o desenvolvimento do SUS, o princípio da integralidade surge e em conjunto

deste o olhar multidisciplinar, formando então ações para unificar a assistência do cliente, porém para que tal princípio possa ser alcançado, se faz necessária a ruptura de conceitos antigos de hierarquia do conhecimento a fim de tornar o saber comum a toda a equipe de saúde.

Além disso, P2 e P3 relataram dificuldade de manuseio do sistema de prescrições médicas, o que impacta diretamente no início do tratamento precoce de uma condição que exige agilidade em sua abordagem. Demonstrando a necessidade de um treinamento para utilização do sistema e prontuário eletrônico, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência e reduzir erros de prescrição.

Segundo MATOS et al. (2012) em relação ao enfermeiro, independente da teoria de enfermagem utilizada em seu dia a dia, o processo de trabalho geral se dá na concepção e execução de atividades, qualquer ruído ou dificuldade de comunicação entre tais tarefas pode ocasionar em erros e potencial risco ao paciente, em uma realidade onde técnicos e auxiliares utilizam prontuários e evoluções de enfermagem somente para checagem de cuidados e medicações, deixando a evolução do enfermeiro obsoleta.

Além do mais, uma ferramenta importante são os *Rounds* Multiprofissionais na UTI que consiste na troca de conhecimento e de possíveis intervenções promovendo especialização de habilidades entre si além da discussão dos casos clínicos com a finalidade de melhorar processos terapêuticos da saúde dos pacientes decorrentes das patologias em ocorrência na UTI (FERNANDES, 2019).

Fazem parte dos *Rounds* da UTI diversos profissionais da saúde, podendo ser utilizado como método de comunicação interdisciplinar, possibilitando a determinação de metas a serem atingidas, além de contribuir para qualidade, segurança e diminuição de eventos adversos, tais como dificuldade de procedimento em protocolos institucionais ou sequência da linha de cuidado (MAZIERO, 2018).

Segundo BORGUEZAM (2020), o enfermeiro está como principal agente no início da inserção de um protocolo gerenciado de sepse, uma vez que é o profissional que passa mais tempo à beira leito, além de ser responsável por coordenar toda a equipe de enfermagem que tem a assistência como principal atividade.

5.7 CATEGORIA 7: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS AÇÕES CONTRA A SEPSE NO LOCAL DE TRABALHO

A sepse possui cerca de 50% do índice de mortalidade, sendo a causa mais comum de internação em UTIs. Nas diretrizes da campanha de sobrevivência a sepse fiscalizada pela ILAS, fundamentam as intervenções de enfermagem para controlar a sepse, pacote este de um conjunto de intervenções clínicas baseado em evidências (BONFIM, et al. 2013; ILAS, 2014).

P2 e P6 concordam com a afirmação de que a enfermagem moderna teve avanço notável no campo do saber, em busca do desenvolvimento de cuidados em bases convergentes da ciência e arte, conforme sua premissa procurou sistematizar seu conhecimento por meio de uma linguagem padronizada que pudesse alicerçar a sua prática. Assim como o objetivo de enfermagem se constitui no cuidado humano, torna-se imprescindível que os seus agentes desenvolvam o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões por meio da implantação do processo de enfermagem (NETO et al. 2011).

Florence, conhecida como mãe da enfermagem, fora pioneira na redução de mortalidade por meio de ações e ambientes mais higiênicos (SILVA, 2020). Visto que P1, P3, P4, P5 e P7 relatam que as ações exercidas contra a sepse não são realizadas por todos no ambiente de trabalho, podemos sugerir e reforçar a equipe meios e ações preventivas à sepse, desde a direção, bem como ao restante dos colaboradores.

Quadro 8: Percepção dos profissionais sobre as ações contra a sepse no local de trabalho.

Percepção da assistência	Profissionais
Sim, mas não pela totalidade dos profissionais	P1, P3, P4, P5, P7
Sim, por toda a equipe	P2, P6

Fonte: Do autor, 2021.

Quando questionados sobre a percepção dos profissionais quanto à adesão das ações contra a sepse no local de trabalho P1, P3, P4, P5 e P7, relataram que observam tais ações sendo realizadas, porém não pela totalidade dos profissionais. O que contradiz as opiniões de P2 e P6 que relataram observar toda a equipe tomando ações contra a sepse no ambiente de trabalho.

Segundo PIROLO e FERRAZ (2011), o conceito de integralidade descrito pelas leis orgânicas do SUS encontra certa dificuldade para aplicação dentro de um ambiente dinâmico como a UTI, pois atualmente o que se observa é o foco total no modelo biomédico de saúde, onde o conceito de boa saúde se resume a ausência de doença, e por mais que o trabalho se desenvolva de forma coletiva, ocorre a fragmentação das funções, resultando na hierarquia do conhecimento, tornando o ambiente de trabalho insatisfatório para alguns profissionais que buscam implementar melhorias no atendimento integral ao paciente.

Porém, para que a desfragmentação do conhecimento e a implementação de novas políticas visando à integralidade ocorra, se faz necessário que a equipe multiprofissional atue de forma harmônica e em um contexto de compartilhamento de conhecimentos e experiências, com a finalidade de proporcionar um atendimento mais humano e holístico ao paciente crítico, e o enfermeiro atua como líder nesta questão de princípio de mudança (MEDEIROS et al., 2016).

5.8 CATEGORIA 8: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A APLICABILIDADE DO PROTOCOLO DE SEPSE

Ao questionar sobre a agilidade e a aplicação de um protocolo, nota-se que P1 julgou que um protocolo para reconhecimento da sepse não promove agilidade no reconhecimento, enquanto os outros concordaram que um protocolo facilitaria e traria agilidade ao identificar a patologia (quadro 9).

Quadro 9: Avaliação dos profissionais sobre a aplicabilidade do protocolo de sepse.

Aplicação do protocolo	Profissionais
Sim, promove agilidade	P2, P3, P4, P5, P6, P7
Não promove agilidade	P1

Fonte: Do autor, 2021.

A enfermagem promove o cuidado integral a todo o momento de sua internação, este olhar sobre os pacientes aumenta por conta de sua condição crítica. Passando a maior parte do tempo na beira do leito, é indispensável que esses profissionais se atentem precocemente aos diversos sintomas que a sepse pode

apresentar como hipotensão, frequência cardíaca, hipotermia ou hipertermia. (BOECHAT, 2010)

Já em sua forma mais avançada, ou seja, quando não tratada inicialmente, a patologia pode levar à falência de múltiplos órgãos piorando seu prognóstico e chance de sobrevivência, acarretando o óbito. Portanto o conhecimento científico do profissional de enfermagem junto a aplicação da escala qSOFA, para uma avaliação primária, bem como os *bundles* de uma hora ou hora dourada, duas horas e seis horas para uma avaliação secundária (GOMES, 2014).

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. Porém, para que tais medidas possam ser tomadas é necessária a colaboração de gestores e diretores, para manter a educação continuada, tendo como objetivo a qualidade e agilidade do atendimento (SETE et al. 2021).

5.9 CATEGORIA 9: COMO OCORRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM SUSPEITA DE SEPSE SOB A INEXISTÊNCIA DE UM PROTOCOLO

Conforme o quadro 10, as profissionais P1, P2, P4, P6, P7 relataram comunicar o médico responsável após a suspeita de sepse quando não apoiados por um protocolo, o que se faz realidade no local estudado. Tal dado reflete a dependência da equipe de enfermagem para com o profissional médico para tomada de decisão e ainda se sabe que a enfermagem é responsável pela monitorização e acompanhamento constante do paciente, portanto, o correto preparo e treinamento da mesma pode de certa forma agilizar o tratamento precoce dos sintomas deflagradores.

Quadro 10: Como ocorre a assistência ao paciente com suspeita de sepse sob a inexistência de um protocolo.

Comunico o médico responsável	P1, P2, P4, P6, P7
Observo as manifestações clínicas	P2, P3, P7
Coleta de culturais e amostra de lactato	P2, P4, P5, P6
Início o tratamento com antibiótico	P2, P4, P5, P6
Acompanhamento do estado clínico	P3

Evoluo para o sistema os sinais de sintomas visualizados	P7
--	----

Fonte: Do autor, 2021.

Quando abordados sobre como ocorre a assistência ao paciente com suspeita de sepse sob a inexistência de um protocolo P2, P4, P5 e P6 descreveram coletar culturais e lactato além de iniciar o antibiótico rapidamente, porém todo esse desenvolvimento se dá somente após a comunicação com o médico responsável, demonstrando novamente a necessidade de dependência da equipe de enfermagem para com o profissional médico.

Por mais que existam estudos sobre o conhecimento do enfermeiro sobre a sepse, como se portar diante do quadro, a abordagem frente a patologia ainda se é um desafio, uma vez que se trata de uma área de constante atualização onde os conceitos não devem se basear somente em métodos ou *bundles*, o profissional enfermeiro deve ser capaz de identificar os sinais e sintomas, além de ter a iniciativa para o início precoce do tratamento. Portanto o conhecimento acerca da sepse deve ser cultivado constantemente desde a graduação e a criação dos protocolos auxiliam no desenvolvimento da independência da equipe de enfermagem, além de proporcionar redução da sobrecarga da equipe médica, que em alguns locais se torna bastante reduzida (GOULART et al., 2019).

Segundo LIMA et al. (2020), o enfermeiro se encontra mais tempo à beira leito por meio da assistência e tem uma forte importância na detecção precoce da sepse, porém com a evolução das definições o que se observa é que tal conhecimento não está sendo aplicado na prática, além de em diversos momentos ocorrerem divergências entre conceitos e diferenças das classificações, causando dificuldade do diagnóstico precoce e possível implementação do protocolo.

Para que um protocolo de sepse possa ser implantado se faz necessário a cooperação da equipe multidisciplinar, CCIH, gerência de enfermagem, coordenação do setor, médicos infectologistas e residentes de clínica médica, que atuarão em forma de desenvolver um instrumento de manejo da sepse, com a finalidade de proporcionar agilidade no cuidado, autonomia da equipe de enfermagem, redução de custos para o hospital, além de criar a possibilidade de acreditação nas instituições vigentes (SCHEIDT et al. 2017).

Portanto os enfermeiros demonstraram boas ações de prevenção e manejo da sepse, porém perante a inexistência de um protocolo, as medidas acabam se

perdendo quando o registro do tempo de resposta e início das mesmas. E ainda em conjunto com o desenvolvimento do protocolo de sepse, a necessidade de educação continuada se torna cada vez mais necessária para sustentar a qualidade do mesmo (KOCHHAN, 2020).

6 CONSIDERAÇÃO FINAL

Os resultados dos diversos materiais estudados apontam para a importância da atuação do enfermeiro no reconhecimento precoce da sepse, pois está de forma ativa e diretamente envolvida na assistência ao paciente, que intervém de forma resolutiva com seu conhecimento teórico prático. A importância do enfermeiro no reconhecimento desta condição é de extrema relevância, não se tratando somente do diagnóstico, mas sim de que é um profissional apto para traçar planos e metas terapêuticas frente a essa situação.

Contudo observamos que os participantes da pesquisa apresentam dificuldade em identificar os sinais e sintomas relacionados à sepse e choque séptico ou ainda ao qSOFA, escore que pontua alterações na beira do leito. Com a ausência de um protocolo institucional e da participação de uma equipe multiprofissional na discussão dos casos, o profissional enfermeiro torna-se totalmente dependente do profissional médico e sem autonomia para qualquer seguimento nos exames complementares e tratamento pré-estabelecido existentes nos protocolos.

Os profissionais participantes como um todo, demonstraram interesse na pesquisa e afáveis quanto à futura implantação de um protocolo de sepse, que já se encontra em construção pelos profissionais da instituição.

REFERÊNCIAS

ABBAS AK, Murphy KM, Sher A. **Functional diversity of helper T lymphocytes.** *Nature*. 1996; 383:787-93.

ALHAZZANI W, Moller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E, et al. **Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** *Intensive care medicine*. 2020;46(5):854-87.

ALMEIDA, Ana Paula da Silva Rodrigues de et al. **CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO A RESPEITO DA SEPSE.** *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, [S. l.], p. 1-6, 10 out. 2013

ANDRADE, D.; LEOPOLDO. V. C.; HAAS, J. V. **Ocorrência de Bactérias Multirresistentes em um Centro de Terapia Intensiva do Hospital Brasileiro de Emergências.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. São Paulo, v.18, n.1, jan 2006.

ANDRADE, D.; LEOPOLDO. V. C.; HAAS, J. V. Ocorrência de Bactérias Multirresistentes em um Centro de Terapia Intensiva de Hospital Brasileiro de Emergências. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v.18, n.1, jan 2008.

ARAÚJO, Márcia Lira de et al. Identificação da sepse pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de um hospital geral. **Repositório institucional UFSC**, [S. l.], p. 16-36, 19 fev. 2017.

BACKES, Marli Terezinha Stein. **O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kPPnKt3HqqMjvVhw33WJyBd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

BOECHAT, A. L.; BOECHAT, N. O. Sepse: **diagnóstico e tratamento.** *Revista BrasClin Med*. São Paulo, v.8, n.5, p 420-427, set 2010.

BONFIM, F K; BÁBARA, G H S; CARVALHO, C G. **Percepção dos enfermeiros de uma unidade de Terapia intensiva no cuidado a pacientes com Diagnóstico de choque séptico.** *e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 33-43. 2013. Disponível em: <http://www.unibh.br/revistas/escientia/> . Acesso em: 1 junho de 2021

BORGUEZAM CB, Sanches CT, Albaneser SPR, Moraes URO, Grion CMC, Kerbauy G. **Managed clinical protocol: impact of implementation on sepsis treatment quality indicators.** *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200282. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0282>

BRANCO, Maria João Chambel et al. O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], p. 1-8, 13 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.** Disponível em

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sc.def> [Acessado em 11 de novembro de 2021]

BRASIL, Secretária de Vigilância em Saúde/MS. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violência no período de 2000 a 2009**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. ANVISA. Brasília. set 2013.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/213/res0466_12_12_2012.html . Acesso em: 19 maio 2021.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. **Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil**. Rev. Saúde Pública, v. 47, n. 4, p. 791-8, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Sepse, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP, 2. ed. 2017. Disponível em: <http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/sepsse.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2021.

CONTRA, et al. **A assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2ª edição, São Paulo. Atheneu, 2003.

CONZ, Claudete Aparecida et al. ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS LÍDERES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM COMPREENSIVA. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 4, fev. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2196>>. Acesso em: 08 nov. 2021. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2196>.

COREN-SP. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo ; Alba Lúcia B.L. de Barros... [et al.] – São Paulo, 2015.

DELLINGER, R. P. et al. **Campanha de sobrevivência à sepse: Diretrizes internacionais para tratamento de sepse grave e choque séptico**: 2012. Care Med. V.14, n.2, fev 2013.

DIAMENT, D., Salomão, R., Rigatto, O., Gomes, B., Silva, E., Carvalho, N. B., & Machado, F. R. 2011. **Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico: abordagem do agente infeccioso -diagnóstico**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 23(2), 134-144.

DIAS, AT; MATTA, PO; NUNES, WA. **Índices de gravidade em unidade de terapia intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v.18, n.3, p.276-81, 2006.

DIAS, M. B. G. S. et al. **Diagnóstico e tratamento precoce da sepse grave no adulto**. Hospital Sírio Libanês. jan 2014.

Dugar S, Choudhary C, Duggal A. **Sepsis and septic shock: Guideline-based management**. Cleve Clin J Med. 2020 Jan;87(1):53-64. doi: 10.3949/ccjm.87a.18143. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31990655.

DUCOTTET C, Griebel G, Belzung C. **Effects of the selective nonpeptide corticotrophin-releasing factor receptor 1 antagonist antalarmin in the chronic mild stress model of depression in mice**. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry. 2003; 27:625–31.

FARIAS, LL et al. **Perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v.6 n.3, p.50-60, 2013.

FEIJÓ, Carlos et al. **Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v.18, n.1, p.18-21, jan./mar. 2006

FERNANDES, Luana Leal. **A importância do farmacêutico hospitalar juntamente com a equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Revista Farol, [S. l.], p. 21-23, 5 maio 2019.

FERREIRA, R. G.; NASCIMENTO, J. L. **Intervenções de enfermagem na Sepse: Saber e cuidar na Sistematização Assistencial**. Revista Saúde e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, v.6, n.3, jul./dez., 2014

FERREIRA, E. B.; ARAÚJO, M. E. F. .; CABRAL, M. R. L. .; NERES, L. L. F. G. . **Main sepsis-causing bacteria: sepsis in the intensive care unit. Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e540101422455, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22455. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22455>. Acesso em: 22 nov. 2021.

GIL, A.C. (2002) **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: Atlas S/A

GOMES, T. M. Estadiamento da Injúria Renal Aguda na Sepse. 2014. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade de Brasília. Brasília, 2014. Disponível em:<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9912/1/2014_ThaisMartinsGomes.pdf>.

GOULART, Layala de Souza et al. **Are nurses updated on the proper management of patients with sepsis?**. Escola Anna Nery [online]. 2019, v. 23, n. 4 [Acessado 31 Outubro 2021] , e20190013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0013>>. Epub 26 Ago 2019. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0013>

HUBACEK JA, Stüber F, Fröhlich D, Book M, Wetegrove S, Ritter M, et al. **Gene variants of the bactericidal/permeability increasing protein and lipopolysaccharide binding protein in sepsis patients: gender-specific genetic predisposition to sepsis**. Crit Care Med. 2001; 29(3):557-61.

ILAS, **Novo Bundle De 1 Hora: Prós E Contras Na Visão Do Instituto Latino Americano De Sepse**. Sepse institute, maio de 2018.

ILAS. **Campanha de sobrevivência a sepse protocolo clínico**. Sepse institute, jun 2014.

JUNCAL, V. R. et al. **Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia**. J Bras Pneumol. São Paulo, v.37, n.1, p.85-92, jan./fev., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/HyMBLZBL5HcV9mShPsGmYXG/?lang=pt>. Acesso em: 14 de maio 2021.

KOCHHANS. I.; MelloA. S. de; DaniC.; JuniorL. A. F. **Adesão ao protocolo de sepse em um serviço de emergência relacionado à taxa de mortalidade intra-hospitalar**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 38, p. e1856, 6 jan. 2020.

KUMAR A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med
Lima JCC, Moraes-Filho IM, Santos TN, Silva CS, Melchior LMR, Sousa TV. **Sepse e choque séptico: compreensão de enfermeiros de um hospital escola de grande porte**. REVisA. 2020; 9(2): 254-61. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p254a261>

LIMA, Ana Claudia Souza Lopes. **Intervenções de enfermagem no controle da sepse na unidade de terapia intensiva**. Disponível em: <https://www.forumsepse.com.br/2016/temaslivres/pdf/TL87.pdf> . Acesso em: 24 de maio 2021.

MARTINEZ, Mariana Reclusa, Campos, Luiz Alexandre A. F. e Nogueira, Paulo Cesar K. **Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2009, v. 27, n. 2 [Acessado 29 Outubro 2021] , pp. 179-185. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-05822009000200010>>. Epub 02 Jul 2009. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822009000200010>.

MATOS, Eliane et al. **Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos**. Revista eletrônica de enfermagem, [S. l.], p. 230-239, 14 jun. 2012.

MAZIERO, Eliane Cristina Sanches et al. **Associação entre condições de trabalho da enfermagem e ocorrência de eventos adversos em Unidades Intensivas neopediátricas*** * Extraído da tese: “Condições de trabalho da enfermagem e ocorrência de eventos adversos em UTI neopediátricas: estudo de associação”, Universidade Federal do Paraná, 2019. . Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2020, v. 54 [Acessado 10 Novembro 2021] , e03623. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623>>. Epub 19 Out 2020. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623>.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de et al. **Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit* * Extracted from the theses "Gestão do Cuidado de Enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas"**, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, 2013. . Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2016, v. 50, n. 05 [Acessado 3 Novembro 2021] , pp. 816-822. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>>. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>.

MINA, Francielle, Clarissa M Comim, Diogo Domingui, Omar J Cassol Jr, Dhébora M Dall Igna, Gabriela K Ferreira, Milena C Silva, Leticia S Galant, Emílio L Streck, João Quevedo, Felipe Dal-Pizzol. **IL1- β Involvement In Cognitive Impairment After Sepsis**. Mol Neurobiol. 2014 Apr;49(2):1069-76. doi: 10.1007/s12035-013-8581-9. Epub 2013 Nov 15.

MORETTI, Miriane Melo Silveira et al. **Sepse e IAM: conhecimento da população frequentadora de parques e acompanhantes de pacientes**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2019, v. 40 [Acessado 10 Novembro 2021] , e20180299. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180299>>. Epub 5 Ago 2019. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180299>.

NEIRA, Ricardo Alfredo Quintano et al. **Epidemiologia da Sepse no Brasil: Incidência, letalidade, custos e outros indicadores para internações pelo Sistema Unico de Saúde de 2006 a 2015**. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195873>>.

NETO, J. M. R. et al. **Assistência de enfermagem á pacientes sépticos em uma unidade de terapia intensiva adulto**. Facene/Famene. João Pessoa, v.9, n.2, 2011.

NOGUEIRA, Sayonara Monique de Melo et al. **IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA INTERDISCIPLINARIDADE: vivência discente no cotidiano hospitalar**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, [S. l.], p. 2-7, 10 jan. 2018.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. **Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Minas Gerais, v.18, n.2, mar-abr 2010.

OLIVEIRA, DST; FERNANDES, MGM; SOUZA, FS; COSTA, MML. **Diagnóstico e intervenção de enfermagem para problemas de oxigenação em idosos com sepse**. Revista de Enfermagem UFPE on-line, v.8, n.5, p.1284-89, 2014.

OUCHI, Janaina Daniel et al. **O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DIANTE DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE**. Revista Saúde em Foco, [S. l.], p. 413-428, 5 out. 2018.

OVIEDO-BOYSO, J; Bravo-Patiño, A; Baizabal-Aguirre, VM. **Collaborative action of toll-like and nod-like receptors as modulators of the inflammatory response to pathogenic bacteria**. J Interferon Cytokine Mediat Res. 2014; 2014:432785.

PAULETTI, Marzelí et al . **Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. Aletheia**, Canoas , v. 50, n. 1-2, p. 38-46, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 nov. 2021

PENINCK, P. P.; MACHADO, R. C. **Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na unidade de terapia intensiva**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- -Rev Rene, v. 13, n. 1, 2012

PINTARELLI, A.; REZENDE JÚNIOR, E.; SANTOS, F. P. **Avanços na Compreensão das Manifestações Clínicas e Cuidados de Enfermagem na Sepse: Uma Revisão Sistemática**. 2013. 82 f. TCC (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PIRES, Cláudio et al. **Estudo Epidemiológico do TCE em Unidade de Terapia Intensiva Geral como Resultado da Adesão ao Latin American Brain Injury Consortium**. RBTI, v.16, n.3, p.164-169, jul./set. 2004.

PIROLO, Sueli Moreira, Ferraz, Clarice Aparecida e Gomes, Romeu **A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2011, v. 45, n. 6 [Acessado 3 Novembro 2021] , pp. 1396-1402. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017>>. Epub 12 Jan 2012. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017>.

RESENDE, Nayron Veloso. **ESCORE QSOFA E CRITÉRIOS SIRS NA DETERMINAÇÃO DO PROGNÓSTICO EM PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMARIAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM RECIFE, PERNAMBUCO**, 2020.

RHEE, C. et al. **Incidence and Trends of Sepsis in US Hospitals Using Clinical vs Claims Data**, 2009-2014. Jama, v. 318, n. 13, p. 1241-1249, 2017.

ROSA, Karoliny Rodrigues, et al. **A APLICAÇÃO DA PONTUAÇÃO RÁPIDA DE AVALIAÇÃO DE FALHA DE ÓRGÃOS SEQUENCIAIS (QSOFA) COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO NA SEPSE: REVISÃO INTEGRATIVA**. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 6 (5): 153-171, out./dez. 2019, ISSN: 2358-7490.

RUBIA-ORTÍ, José Enrique De La et al. **Taxa de contaminação de testes hematológicos e seus fatores determinantes**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2014, v. 27, n. 2 [Acessado 2 Novembro 2021] , pp. 144-150. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400026>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400026>.

SANAR. **SEPSE**. 2020. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/resumos-sepse>. Acesso em: 18 jun. 2021.

SANTO, Fatima Helena Espirito. **De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer**. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/dkzQ6RNLFRdjP3P4pTg9vkF/?format=html> . Acesso em: 24 maio 2021.

SANTOS, APS et al. **Diagnóstico de enfermagem de recém-nascidos com sepse em unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.22, n.2, p.255-261, 2014.

SCHEIDT, Susan Natielli, Bordin, Danielle, N. de Aguiar, Lindomar, Tracz, Emelly Cristina, Arcaro, Guilherme, Farago, Paulo Vitor, Rocha, Maria Dagmar **Implantação do Protocolo de Manejo de Sepses no Pronto Atendimento do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais**. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção [en linea]. 2018, 8(1), 54-64[fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2021]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463735001>

SETE, Alexandre da Silveira. **Implantação do protocolo de sepse em uma instituição hospitalar de grande porte em Belo Horizonte - Minas Gerais**. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], p. 21-33, 8 jul. 2021.

SILVA ATMF, Cabral ESM, Batalha MC, Aperibense PGGS. **[Florence Nightingale como tema no ensino de história da enfermagem]**. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2020;11(Especial):15-27

SILVA, 1 Nathalia Ramos da. **Se parar, parou”: categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bX6fz58RgxcQX37btSb3dQz/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 23 maio 2021.

SILVA, E. Surviving Sepsis Campaign: **Um Esforço Mundial para Mudar a trajetória da Sepses Grave**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p 325-326, dez 2006.

SILVA, Janaina M. S. et al. **Perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário**. Rev. do Hospital Universitário/UFMA, v.9, n.2, p.37-41, jul./dez. 2008.

SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S.; A; MOREIRA, C. L. S. **Eventos adversos em cuidados intensivos: o que conhecem os enfermeiros**. Rev. pesq cuid fundam online, v. 3, n. 2, p. 1848-1855, 2011.

SILVA RSS, Madeira MZA, Fernandes MA, Batista OMA, Brito BAM, Carvalho NAR. **Occupational risk between nursing workes in Intensive Therapy Unit**. Rev Bras Med Trab.2017;15(3):267-275

SINGER M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. **The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)**. JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287

SIQUEIRA, Vinícius Rodrigues Barboza et al. **Contribuições da Tecnologia para Assistência de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Sustinere, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 19 - 31, jul. 2019. ISSN 2359-0424. Disponível em: <<https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/40086/30125>. Acesso em: 08 nov. 2021. doi:<https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.40086>.

SOUSA, Regina M. C. et al. **Vítimas de trauma crânio-encefálico internadas em unidade de terapia intensiva e enfermaria de hospital de referência da Baixada Santista**. Revista Paul. Enf., v.17, n.2, p.201-210, abr./jun. 2004.

TAVARES, V. H. **Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Análise do Uso da Restrição Física**. 2013. 129 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia de pesquisa-ação**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TODESCHINI, Alexandre Baggio et al. **Sepse associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva**. Revista brasileira de clínica médica, [S. l.], p. 334-337, 5 out. 2011.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 150f, 2008. Tese (Doutorado). Programa de PósGraduação em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Maria_Cecilia_Toffoletto.pdf> . Acesso em: 12 maio de 2021

TOMASI CD, Vuolo F, Generoso J, Soares M, Barichello T, Quevedo J, Ritter C, Dal-Pizzol F. **Biomarkers of delirium in a low-risk community-acquired pneumonia-induced sepsis**. J Neurol Neurobiol. 2016; 1-5.

Viana RAPP, Whitaker IY. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VIANA, R. A. P. P. Sepsis para Enfermeiros – as horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico. São Paulo: Atheneu, 2009.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

WESTPHAL, g.a, et al. **estratégia de detecção precoce e redução de mortalidade na sepsis grave**. Revista brasileira de terapia intensiva. São Paulo, v. 21, n. 2, p.113-123, ab/jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n2/01.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2021

WESTPHAL, G.A.; et al. **Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepsis grave e choque séptico**. Revista Panamericana de Salud Pública, 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000600008 . Acesso em: 13 de junho 2021.

ZANON, f, et al. **Sepse na unidade de terapia intensiva:/ etiologias, fatores prognósticos e mortalidade.** Revista brasileira de terapia intensiva. São Paulo, v. 20, n. 2, p.128-134, abr-jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/03.pdf> . Acesso em: 13 de junho 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário elaborado como instrumento de coleta de dados aplicado para os critérios de inclusão desta pesquisa.

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Tempo de formado: _____

Titulação máxima: () Bacharel () Especialista () Mestre () Doutor

Função na unidade: () Assistencial () Assistência e gestão

Tempo de trabalho/experiência na profissão: _____

Tempo exercendo a função na instituição: _____

Carga horária de trabalho semanal total (horas/semana): _____

1- Quais são as principais manifestações clínicas da sepse?

2- De acordo com a evolução do conceito de sepse, qual das alternativas se assemelha com o conceito mais atual?

- A) Infecção sem disfunção, sepse, choque séptico.
- B) Sepse, sepse grave e choque séptico.
- C) Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (sirs), sepse, sepse grave, disfunção orgânica e choque séptico.
- D) Não tenho conhecimento.

3- É uma ferramenta utilizada para identificar os pacientes com suspeita de sepse que estão sob maior risco de desfechos adversos. É constituído de três elementos e não necessita de coleta laboratorial, sendo de aplicação rápida a beira leito. Os critérios usados são: PA sistólica menor que 100 mmHg,

frequência respiratória maior que 22/min e alteração do estado mental (Glasgow < 15). Trata-se de qual instrumento?

- A) qSEPSIS
- B) qSURVIVE
- C) qSOFA
- D) qSCORE
- E) Não tenho conhecimento

4- Quais ações você considera fundamentais na prevenção da sepse no contexto hospitalar?

5- Quais são, em sua opinião, as principais dificuldades para a prevenção da sepse no contexto hospitalar?

6- Existe um protocolo interno em vigência na suspeita ou ocorrência da sepse? Você utiliza o mesmo conforme preconizado?

7- Você verifica estas ações sendo colocadas em prática nesta instituição, por você e os demais profissionais de saúde?

() Sim, por toda a equipe

- () Sim, mas não pela totalidade dos profissionais
() Não vejo comprometimento da equipe neste sentido

8- Em sua opinião, o protocolo é um instrumento que promove agilidade na identificação e tratamento da sepse?

9- Na inexistência de um protocolo, como ocorre a assistência ao paciente com suspeita ou ocorrência da sepse?

10- Qual a importância do profissional enfermeiro frente ao reconhecimento precoce e assistência da sepse?

11- Diante das competências do enfermeiro, você procede de que forma na suspeita e identificação da sepse?

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que os acadêmicos da 10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC, Ismael Gessé Cittadin e Lauani Sadimila da Silveira Luiz, sob orientação da professora Karina Cardoso Gulbis estão desenvolvendo Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **“ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RECONHECIMENTO E ASSISTÊNCIA DA SEPSE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA”**. Desta forma eu _____ concordo em participar da pesquisa de forma livre e espontânea em seus momentos de coleta de dados, podendo desistir a qualquer momento. Estou informado que tenho garantido a confiabilidade e o sigilo dos dados coletados. Conforme assegurados pela **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde, estou de acordo ainda que não irei receber qualquer pagamento por participar do Trabalho de Conclusão De Curso. Sendo que poderei solicitar informações durante todas as fases do trabalho, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir deste. As dúvidas a respeito deste trabalho poderão ser sanadas através do fone: (48) 996582095 (Acadêmica) ou no Comitê de Ética UNESC (48) 3431-2500.

Criciúma, __/__/__

Assinatura do Participante

APÊNDICE C – TERMO DE ACEITE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RECONHECIMENTO E ASSISTÊNCIA DA SEPSE NA UTI DE UM HOSPITAL DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Karina Cardoso Gulbis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51076121.8.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.935.857

Apresentação do Projeto:

Informações fornecidas pelo Pesquisador no arquivo
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808478.pdf

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um dos focos deste estudo, é um ambiente destinado a assistir pacientes graves e instáveis que, geralmente necessitam de atendimento inteiramente domiciliar, é considerado de alta complexidade e conta com tecnologias e sistemas informatizados (BACKES, 2015). Um dos objetivos e a sua importância no setor hospitalar, é a estabilização de pacientes que necessitam de atendimentos de alta complexidade, o devolvendo para um ambiente saudável. A indicação de tratamento intensivo pode ser desde pós-cirúrgica que necessite de atenção especializada, até algo iminente, como um acidente automotivo. Para que o paciente não corra mais riscos, a internação na UTI deve obedecer a critérios técnicos de admissão e alta, oferecendo o cuidado adequado, a estabilização proposta e liberação do paciente no momento certo (BACKES, 2015).

O paciente que necessita de atendimento especializado numa Unidade de Terapia Intensiva, por ser considerado um ambiente de alta complexidade, corre o risco de contrair alguma infecção

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

devido ao tempo de internação ou pelo simples fato de ser submetidos a procedimentos invasivos e delicados. A sepse é a complicação mais preocupante, conhecida popularmente como infecção generalizada, é a principal causa de morte na Unidade de Terapia Intensiva no mundo (BACKES, 2015). A sepse é definida como uma síndrome clínica formada por resposta inflamatória sistêmica associada a um quadro infeccioso, que se trata de forma inadequada, pode evoluir para choque séptico, levando a um quadro de disfunção de múltiplos órgãos ou óbito (JUNCAL et al., 2011).

Segundo Neto, Jose et al.,(2012) nos ambientes de cuidados intensivos, há um risco elevado para desenvolvimento da sepse devido aos fatores que contribuem para o seu desencadeamento, como as doenças predisponentes do paciente crítico e a sua gravidade, o tempo de internação prolongado, principalmente nos pacientes idosos; os diversos procedimentos invasivos que são submetidos, como a intubação endotraqueal, a sondagem vesical, os acessos intravasculares e outras intervenções que levam a quebra das barreiras naturais do organismo.

A sepse está classificada em três níveis distintos: sepse, sepse grave que está associada à disfunção de múltiplos órgãos, hipoperfusão e hipotensão e choque séptico que é entendido como sepse associada às alterações da hipoperfusão somada a hipotensão persistente. Essas classificações demonstram a evolução na gravidade de uma mesma patologia (FERREIRA e NASCIMENTO, 2013).

O diagnóstico da Síndrome Séptica se baseia nas manifestações clínicas apresentadas pelo paciente que constituem Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) associada a algum foco infeccioso. A SIRS é um termo utilizado para descrever uma reação inflamatória sistêmica, que afeta o organismo como um todo. Quando o paciente apresenta duas ou mais das seguintes alterações considera-se SIRS: desregulação térmica $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$; taquicardia; frequência respiratória > 20 movimentos / minutos ou PaCO_2 menor que 32 mmHg e contagem das células totais sanguíneas maior que 12.000/mm³ ou menor que 4.000/mm³ ou mais de 10% de formas imaturas (PENINCK e MACHADO, 2012).

Para evitar tal complicação, se faz necessário e de suma importância o trabalho da equipe de enfermagem na identificação precoce da sepse. Ao se diagnosticar sepse ou choque séptico é imprescindível o estabelecimento de condutas prioritárias nas primeiras horas visando à estabilização do paciente crítico (PENINCK, 2012).

O foco principal neste estudo é o enfermeiro e a abordagem inicial, observar as manifestações clínicas de hipoperfusão apresentadas pelo paciente como a hipotensão, hipoxemia, oligúria e demais disfunções orgânicas.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

1.1 JUSTIFICATIVA

A sepse é uma resposta inflamatória sistêmica de origem infecciosa causada por micro-organismos, desencadeando disfunções orgânicas e consequentemente disfunção de outros órgãos. A patologia possui uma incidência considerável em âmbito hospitalar, aumentando conforme a idade, morbidades e gravidade do estado clínico do paciente e tempo de internação, sendo uma das principais causas de morte tardia.

A assistência generalista do enfermeiro, norteado pelo seu conhecimento científico e pelo protocolo de sepse, permite que este profissional identifique os primeiros sinais e sintomas da sepse precocemente, por meio de alterações na avaliação de sinais vitais, avaliação respiratória, neurológica e renal levando a ações imediatas para seu tratamento.

Para o seu diagnóstico é necessário à presença de no mínimo dois dos seguintes critérios (COREN-SP, 2016):

- Temperatura central maior que 38,3°C ou menor que 36°C;
- Frequência cardíaca maior que 90 bpm;
- Frequência respiratória maior que 20 rpm ou PaCo2 menor que 32 mmHg ou necessidade de ventilação mecânica;
- Leucocitose (leucócitos totais acima de 12.000/mm³) ou leucopenia (leucócitos abaixo de 4.000/mm³) ou presença de mais de 10% de bastões.

Portanto, buscar agilidade para identificação da doença é o objetivo principal da equipe de enfermagem nas ações desenvolvidas na presença da patologia afim de propiciar um melhor prognóstico e controle dos fatores envolvidos na determinação de agravo.

A justificativa para a realização desta pesquisa deu-se pela necessidade de expor as principais ações de enfermagem na identificação, controle e assistência da sepse, bem como alertar sobre essa condição, considerada problema de saúde pública em todo o mundo.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Como ocorre a atuação do enfermeiro no reconhecimento e assistência da sepse na UTI de um hospital do Extremo Sul de Santa Catarina?

1.3 HIPÓTESES

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

- O protocolo de sepse é uma ferramenta norteadora para diagnóstico e tratamento precoce que visa agilizar esse processo e promover um bom prognóstico ao paciente;
- Conhecer as etapas do protocolo de sepse em vigência é imprescindível para colocá-lo em prática;
- O conhecimento científico do enfermeiro sobre a sepse é de extrema importância e contribui na identificação dos sinais e sintomas da patologia;
- O enfermeiro segue um protocolo institucional e interdisciplinar para o reconhecimento precoce da sepse;
- A equipe de enfermagem em conjunto com outros profissionais participa do processo de avaliação e reconhecimento precoce da sepse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Identificar como ocorre a atuação do enfermeiro no reconhecimento e assistência da sepse na UTI de um hospital do extremo sul de Santa Catarina

Objetivos Específicos

- Identificar os protocolos e escalas institucionais utilizadas pelo enfermeiro para o reconhecimento precoce da sepse;
- Analisar as competências do enfermeiro nesse processo de trabalho descrito;
- Analisar a tomada de decisão do enfermeiro e conduta na assistência ao paciente após o reconhecimento precoce e tratamento da sepse;
- Colaborar na revisão ou construção de protocolo de sepse após a pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de perda da confidencialidade dos dados será amenizado pela privacidade mantida, não

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetca@unesc.net

Continuação do Parecer: 4.935.857

sendo divulgado os dados pessoais do profissional participante

Benefícios:

Identificar o conhecimento dos profissionais sobre a patologia;

Promover a detecção de vulnerabilidades no processo de trabalho;

Aprendizado de habilidades sociais;

Desenvolver a inteligência emocional;

Auxílio nas dificuldades ligadas à relacionamento, comunicação interpessoal, além de auxiliar no desenvolvimento de um protocolo de Sepsis ou melhoria do mesmo;

Melhoria no ambiente hospitalar e possível redução de óbitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para o cenário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão devidamente inseridos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o término da pesquisa, deve ser anexado a esta plataforma, o relatório final, incluindo análise de dados e conclusões do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808478.pdf	23/08/2021 16:07:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	23.docx	23/08/2021 16:06:32	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.docx	23/08/2021 16:05:42	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
Folha de Rosto	fr_lauaniismael.pdf	17/08/2021 13:53:10	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
Outros	carta_de_aceite.png	12/08/2021 20:42:06	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
Outros	confidencialidade.docx	12/08/2021	Karina Cardoso	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetca@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 4.935.857

Outros	confidencialidade.docx	20:41:20	Gulbis	Aceito
--------	------------------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 27 de Agosto de 2021

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net