



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

ISABEL CRISTINA DA SILVA BORGES

**RECONHECIMENTO DA SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
compreensão e prática de enfermeiros**

**Cuité-PB
2015**

ISABEL CRISTINA DA SILVA BORGES

**RECONHECIMENTO DA SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
compreensão e prática de enfermeiros**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, em cumprimento às exigências para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo

**Cuité-PB
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732r Borges, Isabel Cristina da Silva.

Reconhecimento da sepse em uma unidade de terapia intensiva: compreensão e prática de enfermeiros. / Isabel Cristina da Silva Borges. – Cuité: CES, 2015.

?? fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Msc. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Unidade de terapia intensiva. 3. Sepse. I. Título.

CDU 616-083.98

ISABEL CRISTINA DA SILVA BORGES

**RECONHECIMENTO DA SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
compreensão e prática de enfermeiros**

Aprovado em: _____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo
Orientadora (Universidade Federal de Campina Grande)

Prof.^a Alana Tamar Oliveira Sousa
Membro interno (Universidade Federal de Campina Grande)

Prof.^a Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro interno (Universidade Federal de Campina Grande)

**A DEUS o meu Criador, Redentor e Pai.
Ao meu esposo Antônio Borges Junior.
E a minha mãe Maria Rosa.**

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, meu Mestre e Possuidor de toda sabedoria, por ter estado comigo em todos os momentos. Amo-te.

Ao meu **esposo Antônio Borges Junior**, pelo amor e compreensão incondicional.

A minha **mãe, avós, tios e sogros**, pelo apoio e incentivo.

A minha irmã, a enfermeira **Jaqueline Lima** pelo estímulo, dividimos muitos momentos de estudos e amizade.

As amigas **Rebeca Monteiro** e **Suzan Kirlla**, que tive o prazer de conhecer, e compartilhar uma amizade muito especial.

A minha orientadora, Professora **Danielle Samara**, pelo empenho, compreensão e trabalho.

A Banca Examinadora, nas pessoas de **Alana Tamar** e **Édija Anália**, que com suas contribuições aperfeiçoaram este trabalho.

Ao **corpo docente da UFCG-CES**, pelas suas contribuições indispensáveis à minha formação.

A todos os **enfermeiros** que participaram da pesquisa, por acreditarem que o conhecimento pode ser transformador, oportunizando que se mude o curso da história.

A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação como pessoa e profissional.

RESUMO

BORGES, I.C.S. **Reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva: compreensão e prática de enfermeiros.** 2015. 53f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, 2015.

Introdução: A sepse é reconhecidamente um importante problema de saúde pública em todo mundo, sendo uma das maiores causas de admissão e morbimortalidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) não cardiológicas. O reconhecimento da sepse em seus estágios iniciais poderá contribuir para a redução dos índices de mortalidade. Dessa forma, o enfermeiro como membro da equipe de saúde, desempenha papel relevante na identificação e controle da evolução fisiopatológica da doença, com vistas à redução da morbimortalidade pela doença. **Objetivo:** Investigar a compreensão e atuação de enfermeiros no reconhecimento da sepse em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital escola. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros das UTIs Adulto e Pediátrica de um hospital escola. Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista, no período de 02 de dezembro a 30 do corrente mês, de 2014, subsidiada por um instrumento semiestruturado e posteriormente os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo proposta por Laurence Bardin, sendo posteriormente discutidos à luz da literatura pertinente. Convém ressaltar que essa pesquisa obedeceu à resolução 466/12, tendo recebido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram identificadas através deste estudo, fragilidades ante o reconhecimento e diferenciação dos estágios clínicos da sepse por parte dos enfermeiros entrevistados. Ainda, constatou-se também, que a maioria dos participantes desconheciam os critérios para identificação da SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico propostos pela *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine* publicados mundialmente a partir da Conferência em Chicago (EUA) desde 1992. Neste contexto, e no tocante as ações realizadas pelos profissionais, diante do reconhecimento do quadro séptico, pode-se verificar que o direcionamento da terapêutica, ainda é muito dependente da prescrição médica, sem a presença de protocolos clínicos que direcionam a ação multidisciplinar. **Considerações finais:** A partir dessa realidade, sugere-se a promoção de ações de educação permanente em saúde, capacitação desses profissionais, além da criação ou revisão de protocolos operacionais. As limitações desse estudo se referem ao número restrito da amostra, entretanto, para a confirmação desses achados, sugere-se a realização de pesquisas de natureza quantitativa com amostras maiores. Sugere-se ainda, estudos de natureza intervencional de cunho educativo, vislumbrando melhorias, ante o reconhecimento desse fenômeno.

Descritores: Sepse. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem. Cuidados Críticos.

ABSTRACT

BORGES, I.C.S. **Recognition of sepsis in the Intensive Care Unit:** understanding and practice of nurses. 2015. 53f. Work of course completion (Bachelor's degree in Nursing) - Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, 2015.

Introduction: Sepsis is recognized as a major public health problem throughout the world, being one of the biggest causes of admission and morbidity and mortality in Intensive Care Units (ICUs) not cardiac. The recognition of sepsis in its early stages can contribute to the reduction of mortality rates. In this way, the nurse, as a member of the health team, plays an important role in the identification and control of pathophysiological evolution of the disease, with a view to reducing the morbidity and mortality from the disease. **Objective:** To investigate the understanding and practice of nurses in recognition of sepsis in the intensive care unit of a teaching hospital. **Methodology:** It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, conducted with nurses in ICU Adult and Pediatric a hospital school. The data were collected by means of interviews, in the period from December 02 to 30 of the current month, 2014, subsidised by a semistructured instrument and subsequently the data obtained were analyzed by means of the technique of thematic content analysis proposed by Laurence Bardin, being subsequently discussed in the light of the relevant literature. It should be emphasized that this research followed the resolution 466/12, having received a favorable opinion of the Committee on Ethics in Research. **Results:** Were identified through this study, weaknesses compared to the recognition and differentiation of clinical stages of sepsis by nurses interviewed. Yet, it was also found that the majority of the participants are unaware of the criteria for identification of SIRS, sepsis, severe sepsis and septic shock proposed by the American College of Chest Physicians and the Society of Critical Care Medicine published worldwide from the Conference in Chicago (USA) since 1992. In this context, and as regards the actions performed by the professionals, before the recognition of septic status, you can check that the targeting of therapy, is still very dependent on medical prescription, without the presence of clinical protocols that directs the multidisciplinary action. **Final Considerations:** From this reality, it is suggested that the promotion of permanent education actions in health, training of these professionals, as well as the creation or revision of operational protocols. The limitations of this study relate to the restricted number of the sample, however, for the confirmation of these findings, it is suggested that studies of quantitative nature with larger samples. It is also suggested, studies of nature interventional educational, envisioning improvements, compared to the recognition of this phenomenon. **Keywords:** Sepsis. Intensive Care Units. Nursing. Critical Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIRS- Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

CO₂- Dióxido de carbono

mmHg- Milímetros de mercúrio

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

LISTA DE TABELA

TABELA 1- Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.....	27
---	----

“Porque o Senhor dá a sabedoria, e da sua boca vem a inteligência e o entendimento”. Provérbios 2:6

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Problema mundial: reflexões do impacto epidemiológico da Sepse.....	18
3.2 Sepse: aspectos conceituais e fisiopatologia.....	18
3.3 Manifestações clínicas: repercussões orgânicas induzidas pelo quadro séptico	20
3.4 Campanha Sobrevivendo a Sepse do Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS) e o Protocolo Sepsis Surviving	21
3.5 Atuação do enfermeiro em Unidade de terapia Intensiva e sua importância no reconhecimento da Sepse.....	22
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 Cenário e local da pesquisa	24
4.3 População e Amostra	24
4.4 Procedimento para coleta de dados.....	24
4.5 Análise dos dados	25
4.6 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 Caracterização dos profissionais participantes.....	27
5.2 Compreensão do enfermeiro acerca da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave e choque séptico.....	29
5.3 Critérios utilizados pelo enfermeiro para o reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva	34
5.4 Atuação do enfermeiro diante do reconhecimento da SIRS, Sepse, Sepse grave e Choque Séptico.....	36
5.5 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no reconhecimento da sepse.....	39

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	50
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	52
ANEXO - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO.....	53

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes de cuidados destinados à assistência de pacientes críticos que requerem monitorização contínua de suas funções vitais e espaço físico específico, recursos humanos especializados e arsenal tecnológico avançado, o que as tornam unidades de alto custo (INOUE; MATSUDA, 2009; SCHWONKE et al., 2011). Nesse sentido, dentre os problemas de saúde mais comumente evidenciados nesse cenário, destaca-se a sepse, que é uma das maiores causas de admissão e morbimortalidade em UTIs não cardiológicas em todo mundo (HENKIN et al., 2009).

Cabe ressaltar que a sepse altera completamente a homeostase corporal, resultando em um quadro grave, com necessidade de intervenções rápidas e avançadas por parte da equipe multiprofissional, se constituindo, portanto, em causa significativa de óbitos em UTIs (RAMALHO NETO et al., 2011; CAVALHEIRO; SHIRAMIZO; MOURA JUNIOR, 2009).

Tal fenômeno consiste em uma resposta inflamatória sistêmica desencadeada por um foco infeccioso evidente ou presumido (COSTA et al., 2012). A *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine* publicaram mundialmente, a partir da Conferência em Chicago (EUA) no ano de 1991, definições padronizadas para a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave e choque séptico, com o objetivo de padronizar termos, facilitar o diagnóstico, identificar precocemente o quadro séptico e, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade (HENKIN et al., 2009).

Primeiramente, para se diagnosticar a sepse, devem-se identificar critérios para SIRS, que é definida pela presença de pelo menos dois ou mais sinais característicos: temperatura menor que 36°C ou maior que 38°C; frequência cardíaca maior que 90 batimentos por minuto; frequência respiratória maior que 20 incursões respiratórias por minuto ou pressão parcial de CO₂ menor que 32 mmHg e contagem de leucócitos, maior que 12.000 ou menor que 4.000 ou mais de 10% de bastonetes (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992; COSTA et al., 2012).

Dessa forma, o diagnóstico de sepse pode ser efetuado quando são identificados critérios para a SIRS acrescido de um foco infeccioso presumido ou evidente. Quando a sepse evolui para sepse grave, ocorre disfunção de sistemas orgânicos. Ademais, pode advir o choque séptico que caracteriza-se pela presença de instabilidade hemodinâmica, com hipotensão, após ressuscitação volêmica, com necessidade de agentes vasopressores, aumentando o risco de óbito, especialmente na população idosa (OLIVEIRA, 2013).

De acordo com dados mundiais publicados na Declaração Mundial de Sepsis, a doença atinge de 20 a 30 milhões de pessoas todos os anos, sendo que desses, oito milhões tem suas vidas ceifadas, podendo ser contabilizados a cada hora, em torno de mil óbitos por sepsis em todo mundo. O problema alcança grandes dimensões com taxas de mortalidade hospitalar variando de 30 a 60% (BHATTARAI, 2013).

No Brasil, um importante estudo multicêntrico, realizado em cinco UTIs brasileiras localizadas no sul e sudeste do país, revelou que ocorre cerca de 57 casos de sepsis para cada 1000 pacientes internados por dia em UTI (SILVA, E. et al., 2004). Outro estudo, o Sepsis Brasil, realizado em 75 UTIs de 65 hospitais de todas as regiões do país, constatou que aproximadamente 17% dos pacientes internos na UTI, foram decorrentes de problemas como a sepsis e seus estágios evolutivos - sepsis grave e ou choque séptico. Pode-se também inferir que a mortalidade no choque séptico no país é uma das mais elevadas no mundo e que os pacientes sépticos brasileiros são mais graves e com tempo de internação maior (SALES JÚNIOR et al., 2006).

No tocante aos dados locais, na região nordeste do país, estudo que utilizou dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS) identificou que entre 2005 a 2009, ocorreram um total de 55.759 casos de sepsis, dos quais, 20.334 foram a óbito, sendo maior a incidência em menores de um ano e idosos maiores de 80 anos (SILVA B., et al., 2013). Convém salientar que embora os índices sejam alarmantes, há problemas de subnotificação, pois, estudo sugere que os médicos possuem fragilidades no reconhecimento e diferenciação dos estágios de sepsis e sepsis grave, especialmente em hospitais públicos brasileiros, o que reflete, no maior índice de mortalidade por sepsis nessas instituições (ASSUNÇÃO et al., 2010).

Assim sendo, diante dessa realidade, destaca-se que tal fenômeno se constitui em problema de saúde pública, devendo ser foco de importantes ações de saúde em todo o cenário mundial. O reconhecimento precoce se constitui em um desafio, pois é observado tanto empiricamente e referenciado na literatura que o reconhecimento do quadro séptico, muitas vezes, não ocorre em tempo hábil, aumentando o risco do óbito (HEIKEN et al., 2009; ASSUNÇÃO et al., 2010).

Apesar dos critérios supracitados, estabelecidos desde 1991 pela *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine* para a identificação precoce da sepsis e mesmo com a utilização de escores prognósticos nas UTIs, como o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) e o *Sepsis Related Organ Failure Assessment*

(SOFA), a identificação desse fenômeno ainda se constitui em um problema (MEDEIROS, 2012).

Outrossim, estudos identificaram que quanto maior a evolução fisiopatológica da sepse, sepse grave e choque séptico maiores são as taxas de mortalidade (OLIVEIRA, 2013; HEIKEN et al., 2009). Assim sendo, a identificação tardia do quadro séptico pode desencadear conseqüentemente maior susceptibilidade ao óbito. Nesse sentido, uma das metas estabelecidas pela declaração mundial de sepse é aumentar o nível de aprendizagem entre profissionais de saúde, objetivando reconhecimento precoce e a redução do número de pacientes expostos ao problema (BHATTARAI, 2013).

Nesse contexto, destaca-se a relevância da assistência de enfermagem no reconhecimento, identificação e controle da evolução fisiopatológica da sepse, visando redução da morbimortalidade por sepse. Por ser um profissional que está a maior parte do tempo junto ao paciente, o enfermeiro poderá reconhecer precocemente os sinais e sintomas da alteração patológica e instituir medidas de prevenção a agravos e tratamento, embasados em princípios científicos, contribuindo com a equipe multiprofissional.

Tendo em vista que estudos com essa temática são escassos no âmbito da enfermagem, sendo, portanto, foco incipiente de pesquisas científicas, e inclusive, tema pouco conhecido por acadêmicos como sugere Santos, Alves e Stabile (2012), certamente este estudo poderá ser relevante para construção e melhoria do conhecimento no que concerne a esse fenômeno.

O interesse pelo estudo surgiu da necessidade de aprofundamento teórico acerca dessa temática, já que esse objeto de estudo, é pouco difundido no âmbito acadêmico (SANTOS; ALVES; STABILE, 2012). Esse fenômeno embora complexo estabeleceu-me um desafio enquanto pesquisadora e poderá ser objeto de relevantes contribuições para a melhoria e qualificação da assistência de enfermagem ao paciente crítico.

Assim sendo, justifica-se a escolha do tema que é objeto de interesse mundial. Certamente este estudo será uma importante ferramenta do conhecimento científico para o campo da enfermagem e das ciências médicas e a partir de seus resultados poderá subsidiar discussões, vislumbrando melhorias para a assistência de enfermagem, ante o fenômeno. Ademais, os resultados poderão contribuir de alguma forma, para a redução da evolução fisiopatológica da doença objetivando melhorias no reconhecimento da sepse por enfermeiros em UTIs.

Esse estudo, em específico, se propõe a contribuir para melhorias no tocante a assistência de enfermagem ao paciente séptico em Unidade de Terapia Intensiva, visto que a partir dos seus achados, ofertará subsídios para a implementação de ações de educação

permanente em saúde, vislumbrando a capacitação da equipe para a descoberta precoce dos casos de sepse, podendo a enfermagem, intervir com respaldo científico para redução desse agravo.

Ante o exposto, as questões norteadoras dessa pesquisa foram: Qual a compreensão dos enfermeiros atuantes em UTIs, acerca da SIRS, sepse, sepse grave e do choque séptico? Quais os critérios utilizados pelos enfermeiros para identificar a sepse? Como se dá a atuação desse profissional na vigência do quadro séptico? Quais as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no reconhecimento da sepse?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Investigar a compreensão e atuação de enfermeiros no reconhecimento da sepse em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital escola.

2.2 Específicos

- ✓ Verificar qual a compreensão dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva acerca da SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico;
- ✓ Identificar quais os critérios utilizados pelo enfermeiro para o reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Averiguar qual a atuação do enfermeiro diante do reconhecimento da SIRS, Sepse, Sepse grave e Choque Séptico.
- ✓ Consultar as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no reconhecimento da sepse.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Problema mundial: reflexões do impacto epidemiológico da Sepses

Dentre as doenças que acometem pacientes de UTIs a sepses é sempre motivo de grandes preocupações, pelo fato de ser a principal causa de mortes nesse ambiente de cuidados. A mortalidade por sepses torna o fenômeno um problema de saúde pública, quer seja, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Dados globais apontam que mesmo em países desenvolvidos os números da doença têm aumentado, chegando a vitimar mais que doenças como o câncer de intestino e o de mama juntos. Estima-se que cerca de 20 a 30 milhões de pessoas sejam acometidas por sepses a cada ano, ocorrendo mortes pelo problema a cada segundo (JUNCAL et al., 2011; BHATTARAI, 2013).

Como referido também em estudos internacionais, a sepses alcança dimensões preocupantes, como por exemplo, nos Estados Unidos da América, em que estimativas demonstram que a sepses é a principal causa de óbito entre pacientes críticos neste país. Os mesmos estudos, infelizmente também apontam o Brasil, comparando-o a países como Alemanha, Argentina e Índia, demonstrando que a mortalidade brasileira por sepses é uma das maiores do mundo, sendo superior a dos países citados. Isto foi verificado com clareza no estudo *Brazilian Sepsis Epidemiological Study* (BASES), o primeiro estudo epidemiológico prospectivo e de coorte sobre sepses a ser realizado no Brasil, no qual as taxas de mortalidade por SIRS, sepses, sepses grave e choque séptico chegaram a alcançar aproximadamente 24%, 34%, 47% e 52%, respectivamente (SILVA, E. et al., 2004; AZEVEDO; RAMOS; PIZZO, 2012).

Tendo em vista todo o contexto, é óbvio que os gastos em assistência à saúde na sepses são significativos em todo o mundo, gerando impactos econômicos de grande amplitude, visto que o cuidado com um paciente crítico requer melhor aplicação de tecnologias modernas, ampla qualificação da equipe multiprofissional, maior dispêndio de tempo e de medicamentos, entre outros fatores. Somente nos Estados Unidos, os valores financeiros dispendidos são estimados em cerca de 16,7 bilhões de dólares a cada ano, e isso levando em conta que este país, possui uma das melhores economias mundiais (AZEVEDO; RAMOS; PIZZO, 2012).

3.2 Sepses: aspectos conceituais e fisiopatologia

Até o início da década de 1990, o conceito de sepses, era pouco conhecido e mesmo confundido com os termos: infecção, bacteremia, septicemia, síndrome séptica, o que tornava

essa doença de difícil diagnóstico. Assim, objetivando elaborar uma linguagem universal para o diagnóstico e o tratamento da sepse, as organizações médicas *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine*, realizaram um consenso, visando o reconhecimento da sepse e padronizar esses diversos conceitos supracitados (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992).

Assim, o termo infecção, foi definido pela ocorrência de resposta inflamatória decorrente da invasão de microrganismos patogênicos. A definição de bacteremia foi dada pela presença de bactérias e suas toxinas na corrente sanguínea (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992; OLIVEIRA; VIANA, 2009). Para definições e critérios diagnósticos não se utiliza mais o termo septicemia, e sim sepse, que é definida pela presença de pelo menos dois dos critérios de SIRS tais como: febre ou hipotermia, taquicardia, taquipneia, leucocitose ou leucopenia e presença de formas imaturas nos achados sanguíneos, além da presença de um foco infeccioso comprovado ou presumido (BOECHAT, L.; BOECHAT, O., 2010; OLIVEIRA; VIANA, 2009).

No que concerne a fisiopatologia da sepse, estão envolvidos eventos dinâmicos importantes. Inicialmente, o processo inflamatório sempre irá ocorrer em resposta à presença de um agente agressor. Contudo, nos quadros de SIRS e sepse ocorre uma acentuação dessa resposta normal, com a produção de mediadores inflamatórios e ativação de células inflamatórias. Em primeira instância, entram em ação, as células fagocitárias (macrófagos, monócitos, neutrófilos, eosinófilos, basófilos e mastócitos).

Logo em seguida, quando não contido o foco infeccioso, as imunoglobulinas e linfócitos imunocompetentes, atuam através da liberação de citocinas inflamatórias, como as Interleucinas 1, 6 e 8, as quais por sua vez, estimulam uma resposta celular exacerbada, com consequente produção de mediadores secundários, quimiotaxia e reativação das células fagocitárias. Em decorrência da reativação de células fagocitárias e da cascata inflamatória ocorre o que se pode chamar de ciclo vicioso inflamatório (AZEVEDO; RAMOS; PIZZO, 2012; HENKIN et al., 2009; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2011).

O processo inflamatório resulta em lesões teciduais importantes, inclusive no endotélio vascular e em virtude disso, as células endoteliais liberam o fator tecidual, esse por sua vez, ativa os fatores intrínsecos da cascata de coagulação, dando origem a presença de trombina. Esta última estimula a ativação de citocinas inflamatórias e de maiores quantidades desse fator de coagulação, pela via intrínseca. É a trombina, que catalisa a conversão do fibrinogênio em fibrina e, conseqüentemente, a formação de microtrombos. Assim, os

principais mecanismos de coagulação estão acentuados durante a sepse, com disfunção da coagulação (AZEVEDO; RAMOS; PIZZO, 2012).

O quadro de sepse se constitui como visto, pela desregulação dos mecanismos da resposta inflamatória e da coagulação, que se tornam ainda piores quando agravados pela ocorrência de sepse grave e choque séptico, os quais enredam ainda mais o estado de saúde do indivíduo acometido, podendo deixar graves sequelas ou mesmo causar a morte do paciente (YOSHIHARA et al., 2011).

3.3 Manifestações clínicas: repercussões orgânicas induzidas pelo quadro séptico

As manifestações clínicas da sepse dependerão do processo infeccioso primário, do processo inflamatório consequente e das disfunções orgânicas que poderão ocorrer. As repercussões da sepse podem atingir diversos sistemas orgânicos tais como: o sistema respiratório, o nervoso central, o renal, o gastrointestinal, entre outros (PENINCK; MACHADO, 2012).

As manifestações no sistema respiratório são decorrentes de lesões no endotélio da vasculatura pulmonar e da presença de infiltrado de células fagocitárias, o que resultará em aumento da permeabilidade microvascular com consequente edema intersticial e alveolar. Assim, são observados problemas como o aumento do espaço morto, diminuição da complacência pulmonar, com o aumento do trabalho pulmonar, e se não controlado, ocasionará, insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica (OLIVEIRA, 2013).

Já no sistema nervoso central, as alterações cognitivas como o quadro de confusão, letargia, agitação e desorientação, são ocasionadas pela hipoperfusão cerebral e disfunção do endotélio vascular, com rompimento da barreira hematoencefálica, que permitirá a passagem indevida de moléculas tóxicas ao sistema (OLIVEIRA, 2013).

No sistema renal, as repercussões são decorrentes da hipoperfusão e necrose tubular, permitindo a ocorrência de oligúria, uremia e pode evoluir para insuficiência renal (MESQUITA, 2009). Além disso, as disfunções orgânicas consequentes do quadro da doença podem ainda, apresentar-se com a hipoxemia, alterações sem explicações da função hepática, a hiperglicemia, a trombocitopenia e a intolerância à alimentação em decorrência do trânsito intestinal reduzido, manifestando-se com sinais e sintomas abrangentes como: a febre ou hipotermia, taquipneia com alcalose respiratória ou acidose respiratória, edema, leucocitose ou leucopenia, hipotensão, taquicardia inexplicável, aumento do débito cardíaco, baixa resistência vascular sistêmica, saturação venosa central (baixa ou muito alta) e palidez (BOECHAT, L.; BOECHAT, O., 2010).

Visto a complexidade da doença e sua apresentação clínica, fica evidente que as funções corporais do doente, encontraram-se comprometidas e desequilibradas, com alteração da homeostase orgânica. Portanto, em decorrência disso, o paciente ficará exposto ainda mais ao agravamento do quadro de saúde e conseqüente morte, caso não possa contar com o reconhecimento precoce do quadro, intervenções rápidas, apuradas e seguras por parte da equipe de saúde (RAMALHO NETO et al., 2011). Além da exposição a complicações e risco de morte, os pacientes com sepse grave e/ou choque séptico, podem ainda sofrer repercussões quando da sua sobrevivência e após a alta hospitalar, podendo ter comprometida sua qualidade de vida (WESTPHAL et al., 2012).

3.4 Campanha Sobrevivendo a Sepse do Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS) e o Protocolo *Sepsis Surviving*

Visto os diversos prejuízos que a sepse pode ocasionar, sociedades médicas mundiais como *Society of Critical Care Medicine*, *European Society of Intensive Care Medicine* e a *International Sepsis Forum* vêm desenvolvendo iniciativas a exemplo da Campanha Sobrevivendo à Sepse. A mesma possui abrangência mundial com objetivo de melhorar a qualidade da assistência aplicada a pacientes sépticos. Tal iniciativa, em nosso país é dirigida pelo Instituto Latino Americano da Sepse, o qual por sua vez, em 2013, apresentou o relatório nacional brasileiro, no qual elenca dados de 71 instituições entre públicas e privadas que já aderiram a campanha. Iniciativas como essa têm contribuído para ampliar o conhecimento de profissionais e da sociedade geral sobre o assunto (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2013).

Com objetivo de otimizar as condutas no tratamento da sepse grave e choque séptico, foram protocoladas diretrizes baseadas nas melhores evidências de manejo e tratamento do problema, deste modo, surgiu o protocolo *Sepsis Surviving*, idealizado por especialistas de diferentes partes do mundo. Dois conjuntos de intervenções, chamados de pacotes, foram estabelecidos de acordo com o tempo de maior eficácia. Fazem parte do processo, dois pacotes de intervenções: o pacote das primeiras seis horas e pacote de manutenção 6-24 horas (VIANA, 2011; SHIRAMIZO; SILVA, C.; SILVA, E., 2009).

Resumidamente, o primeiro pacote de intervenções, denominado pacote das primeiras seis horas ou de ressuscitação inicial, preconiza a mensuração do lactato sérico; a coleta de hemocultura e outras culturas; a utilização de terapia antibiótica; controle do foco infeccioso após coleta de hemocultura; o tratamento da hipotensão arterial e/ou do aumento do lactato sérico através da reposição volêmica e utilização de vasopressores caso a reposição volêmica

não consiga reverter a hipotensão (SHIRAMIZO; SILVA, C.; SILVA, E.; 2009, CHAVES; LISBOA; FERREIRA FILHO, 2009)

O segundo pacote, deve ser realizado após as primeiras seis horas e antes de 24 horas após o diagnóstico comprovado, caso o quadro não tenha sido revertido pelas primeiras medidas, assim, são seguidas as ações como a utilização de proteína C ativada para pacientes que não apresentem riscos de sangramentos, visto que os fatores anticoagulantes endógenos da proteína C ficam desregulados o que propicia a formação e manutenção de trombos; realizar o controle glicêmico, caso o paciente apresente hiperglicemia; utilização de suportes ventilatórios por meio da intubação traqueal ou ventilação mecânica, tendo em vista os casos em que o paciente apresente riscos de insuficiência respiratória e ainda sobre orientações específicas para cada caso, utilização de doses de esteroides, objetivando a imunossupressão (SHIRAMIZO; SILVA, C.; SILVA, E.; 2009, CHAVES; LISBOA; FERREIRA FILHO, 2009).

3.5 Atuação do enfermeiro em Unidade de terapia Intensiva e sua importância no reconhecimento da Seps

Em um ambiente como a UTI, os cuidados profissionais e propriamente, ao que concerne aos cuidados de enfermagem, devem ser executados de modo a garantir uma assistência livre da negligência, imprudência ou imperícia, e, portanto, exigem que o profissional de enfermagem esteja capacitado a executar suas funções com apurada precisão clínica garantindo benefícios às condições de saúde do paciente (COFEN, 2007).

Assim, diante de um quadro de SIRS, seps, seps grave ou choque séptico, o enfermeiro da UTI, deve possuir conhecimentos científicos que aliados à prática clínica, permitiram-lhe identificar precocemente qualquer agravo ou piora do quadro de saúde do indivíduo, visto ser o profissional que está a maior parte do tempo junto ao paciente. Neste sentido, o enfermeiro juntamente com sua equipe, constitui-se um elo entre o paciente e a equipe multiprofissional na UTI (SCHMITZ; PELAES; PAGANINI, 2010).

O enfermeiro exerce um papel de relevância na UTI, sendo o responsável pelos cuidados diretos oferecidos ao paciente grave, e neste cenário, verifica-se que seu conhecimento científico e prático quanto a seps é garantia de uma boa assistência e inclusive um fator determinante na redução dos índices de mortalidade pelo problema, que como se sabe, causa grande número de hospitalizações e mortes na UTI (ALMEIDA, et al., 2013).

Nestas circunstâncias, uma das metas estabelecidas pela declaração mundial de seps, é que justamente profissionais de saúde adquiriram maior compreensão sobre a seps e

possam reconhecê-la como uma complicação de alto risco, e neste sentido, inclui-se obviamente, o enfermeiro. Assim, tendo em vista todo este contexto e os esforços mundiais para conter o problema, a sepse, ainda tem sido frequentemente diagnosticada tardiamente, pois, os profissionais de saúde não suspeitam precocemente do quadro de sepse ou possuem dificuldades para defini-la (REINHART; DANIELS; MACHADO, 2013; ASSUNÇÃO et al., 2010).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória apresenta o desenvolvimento e esclarecimento de ideias, com vistas a oferecer um olhar panorâmico do assunto abordado, podendo oferecer dados que darão suporte à realização de outros estudos.

O estudo descritivo delinea as características do objeto estudado e como as descrições dos fenômenos estão repletos de significados, podem ser oriundas de uma visão subjetiva (TRIVIÑOS, 2010). A abordagem qualitativa, objetiva compreender e interpretar os fenômenos estudados, considerando os seus significados e subjetividades (GONSALVES, 2007).

4.2 Cenário e local da pesquisa

Esse estudo foi desenvolvido em um Hospital escola brasileiro de ensino, pesquisa e extensão com diversas especialidades e serviços. Os locais do estudo foram as UTIs adulto e pediátrica mista, do referido hospital.

A UTI adulto possuía dez leitos, sendo oito ativos e desses um deles destinado ao isolamento, os outros dois, estavam sem funcionamento. A equipe de enfermagem, no momento da realização da pesquisa, estava composta por 15 enfermeiros. A UTI pediátrica mista, possuía dez leitos, sendo quatro, destinados a neonatologia e os outros seis leitos a pediatria. A equipe de enfermagem era formada, por sete enfermeiros.

4.3 População e Amostra

Participaram do estudo, os enfermeiros que trabalhavam nas UTIs Adulto e pediátrica mista. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) ser profissional com formação superior no curso de enfermagem; b) aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Portanto, constituiu-se como quantidade da amostra o total de 17 enfermeiros, em virtude de que, quatro encontravam-se de férias durante o período de realização das entrevistas e não puderam ser contactados, e um negou-se participar.

4.4 Procedimento para coleta de dados

Os dados foram coletados, por meio da técnica de entrevista semiestruturada, subsidiada por um instrumento, contendo em sua parte inicial, dados de caracterização dos

sujeitos: idade, sexo, tempo de serviço, tempo de formação, instituição de conclusão do curso de graduação, nível de escolaridade, área de atuação, seguidos por um roteiro, contendo cinco questões que atenderam aos objetivos do estudo (APÊNDICE B).

As entrevistas apresentavam duração média de 20 minutos e foram gravadas com auxílio de um aplicativo de gravação de voz em um aparelho tablet, e logo após, transcritas na íntegra, para viabilizar a análise dos dados.

Cabe ressaltar, que foi estabelecido um contato prévio com os sujeitos envolvidos na investigação, mediante um diálogo informal, objetivando um clima de empatia necessário para que as entrevistas fossem realizadas de forma tranquila, assim como também, para combinar horários considerados convenientes para os participantes (TRIVINÕS, 2010).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados empíricos foi realizada por meio da técnica de análise temática de conteúdo, proposta por Laurence Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

Por meio dessa técnica, o pesquisador procura conhecer aquilo que está por trás das palavras emitidas pelos sujeitos da pesquisa. Assim sendo, para a operacionalização dessa técnica são realizadas as seguintes fases: 1ª) seleção do material, que consiste na organização do material obtido por meio das entrevistas, por meio da transcrição e leitura “flutuante” para então formular o *corpus* da investigação (área de atenção da pesquisa); 2ª) A Escolha das Unidades de Análise que ocorre após constituído o *corpus* do trabalho, onde os dados brutos do texto serão transformados sistematicamente em recortes ou unidades de análise, que correspondem aos pequenos segmentos do conteúdo ou temas que surgiram nas falas dos sujeitos entrevistados; e 3ª) Fase de categorização, que é uma operação de classificação dos elementos construtivos de um conjunto de palavras. As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns (BARDIN, 2011). É válido observar, que para garantir a privacidade dos participantes, os enfermeiros foram identificados por siglas, tais como: ENF. 01, ENF. 02..., visando o sigilo da identidade desses profissionais.

Vale ressaltar que se optou pelo uso de categorias apriorísticas ou pré-determinadas de acordo com os objetivos específicos desse estudo (BARDIN, 2011). Por fim, esses dados foram discutidos a luz da literatura pertinente.

4.6 Aspectos éticos

Essa pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a), e a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (COFEN, 2007).

Em obediência a essas Resoluções, foram assegurados a todos os participantes do estudo, esclarecimentos sobre os objetivos e a importância da pesquisa, através de informações que ficaram disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assim como o direito ao anonimato, à confidencialidade, à privacidade e de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase, sem algum prejuízo, atentando ainda para o sigilo profissional e para a garantia de que as informações só seriam utilizadas para os fins da pesquisa.

A aceitação em participar da pesquisa foi garantida mediante assinatura do TCLE fornecido em ato anterior a obtenção das informações. Ressalta-se que, a pesquisa tem como finalidade soberana implicar em benefícios para o ser humano e para a ciência, sem, contudo ferir a dignidade humana (BRASIL, 2012a). Assim sendo, a realização da pesquisa foi realizada somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

De acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa envolvendo seres humanos implica em riscos (BRASIL, 2012a), nesse estudo, os riscos envolvidos consistiam no receio e/ou constrangimento do enfermeiro relacionado aos questionamentos realizados durante a entrevista. Para amenizar esses riscos, esses sujeitos foram adequadamente orientados quanto ao sigilo e privacidade das informações e que sua participação não tinha a finalidade de avalia-los individualmente, mas sim, de impulsionar a assistência de enfermagem, mediante a descoberta de possíveis fragilidades e/ou pontos fortes, no que concerne à assistência ao paciente acometido por sepse.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, são apresentados os resultados e a discussão dos dados. Inicialmente serão apresentadas, as variáveis relacionadas a caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa. A seguir, abordar-se-á a compreensão e a prática dos enfermeiros no que concerne ao reconhecimento e entendimento da sepsis em UTI.

5.1 Caracterização dos profissionais participantes

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.

Caracterização dos participantes	n	%
SEXO		
Feminino	16	94%
Masculino	1	6%
IDADE		
20-30 anos	7	41%
31-40 anos	7	41%
41-50 anos	3	18%
TEMPO DE FORMAÇÃO		
Inferior a 1 ano	0	--
Entre 1 - 5 anos	6	35%
Entre 6 – 10 anos	7	41%
Superior a 10 anos	4	24%
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI		
Inferior a 1 ano	6	35%
Entre 1 - 5 anos	5	29%
Entre 6 – 10 anos	3	18%
Superior a 10 anos	3	18%
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Especialista	14	82%
Mestre	3	18%

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

A partir da tabela 1, é possível observar que a maioria dos enfermeiros, 16 (94%), é do sexo feminino e apenas um (6%), do sexo masculino. Esse achado pode estar relacionado à predominância de mulheres na profissão da enfermagem, desde a sua inserção no cenário brasileiro, atrelando a figura feminina ao papel de pessoa caridosa e cuidadora dos doentes. Além disso, atualmente, estudos continuam apresentar maior predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem, inclusive no cenário de atuação das UTIs (DESLANDES et al., 2013; VIANA et al., 2014).

Pode-se vislumbrar também que a maioria desses profissionais, 14 (82%), estava na faixa etária entre 20 a 40 anos, e apenas três (18%) possuíam idade entre 41 a 50 anos. Esse dado demonstra predominância de profissionais adultos jovens. Possivelmente este fato está relacionado ao modo como se desenvolve o trabalho nas UTIs, por tratar-se de ambiente de alta complexidade, com maior demanda de esforços físicos e contato constante com situações de risco por parte dos profissionais, o que pode tornar o trabalho a medida do tempo exaustivo (VIANA et al., 2014; MARTINS et al., 2014).

Pode-se verificar também, que a maior parte dos enfermeiros, possui período de formação, entre seis anos ou mais, sendo sete (41%) formados entre seis a dez anos, e quatro (24%) possuem mais de 10 anos de formação. Outra parte, seis (35%), possui formação, entre um a cinco anos. Assim sendo, entende-se que o tempo de formação pode representar em maior experiência no que concerne à prática clínica do enfermeiro assistencial, podendo refletir em melhor desempenho de habilidades e competências pelo enfermeiro.

Com relação ao tempo de serviço em UTI, percebe-se que a maioria dos profissionais trabalhava há mais de um ano, sendo que cinco (29%) trabalham entre um a cinco anos; três (18%) entre seis a dez anos, outros três (18%) possuíam mais de dez anos de trabalho nesse âmbito de cuidados. Acredita-se que o tempo de serviço é fator indispensável à experiência profissional. O profissional que atua, por longos períodos de tempo, em determinada área, possivelmente saberá reconhecer e intervir mais facilmente ante as demandas de saúde mais incidentes, a exemplo da sepse.

Assim sendo, a partir desse achado, espera-se que os profissionais estejam atentos e aptos a identificar as alterações fisiopatológicas e condutas de rastreamento de pacientes sépticos, tendo em vista que a sepse é a principal causa de óbitos em UTIs não cardiológicas. Estudos afirmam que a identificação precoce da sepse pode reduzir a mortalidade desses pacientes (REINHART; DANIELS; MACHADO, 2013; SITNIK et al., 2014).

No que concerne ao nível de escolaridade, todos os enfermeiros eram pós-graduados, sendo 14 (82%) em nível de especialização e três (18%) em nível de mestrado. Esse achado demonstra a busca crescente por capacitação e a necessidade de continuidade dos estudos, após a conclusão da graduação, para melhorar a assistência prestada ao paciente e para atender as demandas do mercado de trabalho. Em estudo de Viana et al., (2014), a respeito do perfil dos enfermeiros de terapia intensiva, coletado com 295 enfermeiros atuantes em UTIs do Brasil, observou-se que a maioria dos profissionais, possuíam pelo menos um curso de pós-graduação, o que corrobora com os dados apresentados neste estudo.

Quanto a compreensão e a prática dos enfermeiros das UTIs, no tocante ao fenômeno da sepse, os dados empíricos foram categorizados em quatro categorias temáticas apriorísticas, que respondem aos objetivos propostos, a saber: Compreensão do enfermeiro acerca da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave e choque séptico; Critérios utilizados pelo enfermeiro para o reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva; Atuação do enfermeiro diante do reconhecimento da SIRS, Sepse, Sepse grave e Choque Séptico e Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no reconhecimento da sepse.

5.2 Compreensão do enfermeiro acerca da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave e choque séptico

Inicialmente, pretendeu-se investigar qual a compreensão do enfermeiro acerca da SIRS, entendendo que sua identificação é indispensável ao reconhecimento precoce da sepse. Assim sendo, identificou-se que a maioria dos enfermeiros, 16 (94%), apresentaram algumas lacunas no que concerne à compreensão correta desse fenômeno, sendo que um (6%) profissional referiu desconhecer o que seja SIRS. Os discursos são vistos abaixo:

São sinais e sintomas que o paciente vai manifestar quando por motivo de uma infecção que atinge o corpo sistemicamente, chamado popularmente como infecção generalizada [...] (ENF.02)

É um distúrbio que na verdade a gente vai encontrar algum tipo de alteração sistêmica, geralmente decorrente de algum tipo de infecção, então, quando você tem uma infecção, baseada nessa infecção, o organismo responde fazendo uma inflamação em todos os órgãos [...]. (ENF.03)

[...] um processo reacional do organismo, do sistema imunológico, frente a algum agente patógeno, onde o organismo como um todo, vários órgãos e sistemas, não todos, vários, manifestam reações em relação a esses patógenos. (ENF.04)

Quando o organismo ele é invadido por algum patógeno, o organismo do indivíduo acometido ele gera uma resposta contra essa invasão indevida, através de mediadores químicos [...] que vão causar essa resposta inflamatória de defesa do organismo. (ENF.05)

Olhe no momento eu acho que eu não mim lembro dessa síndrome da resposta inflamatória sistêmica, pode ser até outro termo que eu conheça. (ENF.07)

[...] é um conjunto de sinais e sintomas [...] que começam com o quadro inflamatório, a febre, geralmente febre bastante alta, sinais de enfraquecimento geral e deterioração dos sinais vitais e até mesmo do

nível de consciência, mas ainda sem nenhuma especificação ainda de onde seria o foco infeccioso. (ENF.08)

Eu entendo que seria uma resposta que o corpo tem a um determinado agressor, que provoca uma resposta a nível sistêmico. (ENF.17)

Nesse sentido, a maioria dos enfermeiros demonstrou possuir compreensão parcial e equivocada a respeito da síndrome, pois, em sua maioria, compreendem a SIRS como sendo uma resposta orgânica, que acomete todos os órgãos, em decorrência da presença de algum microrganismo patogênico ou de um processo infeccioso. Entretanto, sabe-se que a SIRS ocorre em consequência de um agente agressor, seja infeccioso ou não.

Assim, pode-se perceber que o enfermeiro possui fragilidades no entendimento da SIRS, relacionando-a apenas a presença de uma infecção. A literatura destaca que essa síndrome, é uma situação clínica decorrente da resposta imunológica do organismo a algum fator agressor, que pode ter acometido o indivíduo em razão de suas condições de saúde, sendo de origem infecciosa ou não infecciosa.

Entre as situações que são decorrentes de causas não infecciosas estão: pacientes que foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica; que sofreram queimaduras; que se submeteram a terapia transfusional, casos de infarto agudo do miocárdio, pancreatite aguda grave, traumas, entre outras causas. A SIRS, nestes casos, poderá então refletir o grau de estresse orgânico sofrido pelo corpo, sem, contudo, caracterizar o quadro de sepse (VALEIRIO; SILVA, 2012). Entretanto, esse achado é justificável, pois, nesse estudo, investiga-se a compreensão do enfermeiro acerca da Sepse. Assim, esses profissionais podem ter associado a SIRS especialmente a ocorrência de uma infecção.

No discurso do enf. 03, pode-se observar que o mesmo refere que a inflamação ocorre em todos os órgãos, contudo, a resposta inflamatória sistêmica tem como mecanismo fisiopatológico o desenvolvimento de lesões no endotélio capilar da microcirculação. Essa inflamação, desenvolve-se, devido a uma interação entre o agente desencadeante e o hospedeiro, por estímulo excessivo de mediadores pró-inflamatórios a uma variedade de agentes infecciosos ou não-infecciosos, com consequente ativação de células imunitárias e produção de citocinas pró-inflamatórias como interleucinas e o fator de necrose tumoral (LIMA; FRANCO, 2010; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2011).

Essas citocinas induzem a adesão dos leucócitos às células endoteliais, com consequente lesão tecidual, levando a perda da homeostase endotelial, passagem de líquidos e proteínas para o espaço intersticial, formando o edema e uma série de alterações sistêmicas de foco ainda inespecífico (LIMA; FRANCO, 2010; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2011).

Já o discurso do enf. 17, foi o que mais se aproximou do conceito referido na literatura, pois, esse sujeito, entende a SIRS como sendo ocasionada por um agente agressor.

Assim sendo, para que haja sepse, o enfermeiro deve rastrear sinais e sintomas de SIRS e associá-lo a um foco infeccioso, talvez por isso, o enf. 01, tenha referido que [...] *essa Síndrome de Resposta Inflamatória, é uma coisa que ainda está iniciando o quadro de sepse [...] (ENF.01).*

Por meio desses discursos, verificou-se que há certa dificuldade em conceituar e reconhecer a SIRS, em sua maioria, esses profissionais não referiram os sinais e sintomas que o paciente pode apresentar na vigência desse quadro clínico, o que pode influenciar no reconhecimento precoce da sepse. Observa-se que o enf. 01, entende a SIRS como “coisa” que está iniciando o quadro de sepse. Já o enf. 11, confunde a SIRS com a própria Sepse. Ao ser indagado o que entende por SIRS, obteve-se a seguinte resposta: *E não é a sepse? Sepse na minha opinião é uma patologia que ocorre em qualquer paciente que está internado principalmente em setor fechado (ENF.11).*

Possivelmente esse achado pode ter sido encontrado pelo fato da sepse ser definida como a SIRS na presença de um foco infeccioso comprovado ou presumido (COSTA et al. 2012). Mas, o enfermeiro deve ter ciência que a SIRS pode ou não ser decorrente de causa infecciosa, além disso, deve estar atento aos possíveis focos infecciosos, mais prevalentes, como é referido na literatura, listando a sepse de foco pulmonar como a mais frequente, seguidos pelos focos abdominais e do sistema urinário respectivamente (DUTRA et al., 2014). A identificação precoce dos critérios de SIRS por parte dos profissionais possibilita intervenções rápidas, com a finalidade de evitar a evolução fisiopatológica da doença.

A literatura destaca que devem estar presentes no mínimo dois dos seguintes critérios: hipotermia- temperatura axilar menor que 36°C ou febre; taquicardia ou frequência cardíaca maior que 90 batimentos por minuto; taquipnéia- frequência respiratória maior que 20 incursões respiratórias por minuto ou pressão parcial de CO₂ menor que 32 mmHg e leucocitose maior que 12.000 células/mm³, ou leucopenia com menos que 4.000 células/mm³ ou mais de 10% de bastonetes. Caso o paciente apresente dois ou mais desses critérios, considera-se que o mesmo encontra-se com a SIRS. Assim sendo, se a SIRS estiver associada a um foco infeccioso comprovado ou presumido, considera-se que o paciente está com sepse (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992; COSTA et al., 2012).

Ainda nessa categoria, procurou-se identificar como os enfermeiros compreendem e diferenciam a sepse e os seus estágios evolutivos - sepse grave e choque séptico. Entende-se que o reconhecimento desses estágios, constitui-se em ferramenta indispensável para o

controle do quadro séptico, pois o desenvolvimento de intervenções precoces por parte da enfermagem e da equipe multiprofissional é indispensável para a efetividade do tratamento e melhora do prognóstico do paciente.

Ao serem indagados sobre o conceito de sepse, constatou-se que apenas um (6%) participante, conseguiu descrever os critérios para se identificar a SIRS, que é o primeiro passo para se diagnosticar a sepse. Entretanto, esse sujeito, não relacionou a SIRS a presença de um foco infeccioso- conceito correto da sepse. Destarte, o participante, referiu-se apenas, aos critérios para se identificar a SIRS, estabelecidos pelas associações *American College of Chest Physicians* e *Society of Critical Care Medicine*, como é evidenciado em seu discurso abaixo:

Na sepse a gente vai seguir alguns parâmetros, [...] hipertemia, no caso quando a temperatura está acima de 38°C, em neonato a gente geralmente considera 37,5 ou 37,6° C ou temperatura inferior a 36°C, porque a gente pode encontrar às vezes hipotermia. A frequência cardíaca, geralmente vai está acima de 90 bpm, no recém-nato a gente pode encontrar frequência cardíaca acima até de 160 bpm [...] a frequência ventilatória vai estar acima de 20 irpm, a PaCO₂ [...] vai está abaixo de 32 mmHg e tem também a leucopenia ou a leucocitose. Nesses casos a gente vai ter a sepse, quando você tem pelo menos dois desses sinais a gente encontra a sepse. (ENF.03).

Nesse contexto, observa-se que os profissionais participantes, estão confundindo a SIRS com a sepse. Levando em consideração os critérios estabelecidos pela *American College of Chest Physicians* e *Society of Critical Care Medicine*, publicados mundialmente, desde 1992, o conceito de sepse, refere-se à presença de pelos menos dois critérios da SIRS, conforme foram apresentados pelo enf. 03, mas esses critérios, devem estar associados a um foco infeccioso, sendo esse, evidente ou presumido (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992).

Assim sendo, a maioria dos participantes, 16 (94%), apresentaram dificuldades para definir a sepse, sendo que um número importante de indivíduos, a referiram como uma infecção generalizada ou mesmo como uma bacteremia, como pode-se verificar nos discursos:

A sepse é uma gradação, sepse ele está com uma infecção generalizada [...]. (ENF.02)

[...] é uma infecção generalizada, que a gente costuma usar muito para explicar principalmente aos acompanhantes do paciente. É o patógeno/agente, está lá geralmente, bactéria ou fungo, estão lá na circulação, na corrente sanguínea do paciente, alcançando vários órgãos e sistemas [...]. (ENF.04)

[...] a sepse é uma infecção generalizada que não tem uma repercussão hemodinâmica grave no paciente [...]. (ENF.07)

Na minha compreensão a sepse é como eu disse, a invasão de um microrganismo no nosso sistema sanguíneo [...]. (ENF.09)

Sepse é uma infecção generalizada [...]. (ENF.13)

A sepse é a invasão de microrganismos no organismo, geralmente através da corrente sanguínea, atingindo órgãos diversos [...] inicialmente ela tem quantidade menor de microrganismos, assim, não desenvolve sinais e sintomas, geralmente é assintomática e a medida que vai aumentando a população desses microrganismos, aparecem os sinais e sintomas. (ENF.14)

Conforme o consenso da *American College of Chest Physicians e Society of Critical Care Medicine* (1992), alguns termos foram padronizados, na tentativa de homogeneizar e reconhecer precocemente o quadro de sepse, a qual é muito confundida com bacteremia e infecção generalizada, como é possível ver nos discursos dos enfermeiros 02, 04, 07, 09, 13 e 14. Observou-se através dos discursos, que uma parte significativa dos entrevistados, fez referência a sepse como se tratando de uma infecção generalizada, ou como a presença de microrganismos (vírus, fungos ou bactérias) na corrente sanguínea, ou seja, referindo-se ao antigo conceito de “septicemia”.

Neste contexto, de acordo com as entidades clínicas supracitadas, a sepse não deve ser compreendida como uma infecção generalizada, tendo em vista as definições padronizadas. Termos como septicemia, que consistia na presença de microrganismos ou suas toxinas na corrente sanguínea, foram abolidos em virtude da confusão que poderia causar sua interpretação, permanecendo apenas o conceito de bacteremia, ao referir-se a presença exclusivamente de bactérias e suas toxinas no sangue (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992).

A justificativa pela qual parte dos entrevistados referiu-se a sepse como septicemia, pode ser elucidada em parte, pelo fato de que o termo ainda encontra-se em uso comum, na atualidade, no meio científico e até mesmo entre os próprios acadêmicos de enfermagem, utilizando-o para referirem-se a sepse. O uso inadequado do termo, também está presente no meio acadêmico-científico como encontrado em mecanismos de busca para artigos acadêmicos.

5.3 Critérios utilizados pelo enfermeiro para o reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva

Nesta etapa, procurou-se saber de que modo os enfermeiros entrevistados realizavam o reconhecimento precoce de sepse na UTI, verificando quais os principais sinais e sintomas evidenciados pelos mesmos durante o processo de busca de casos.

Os critérios norteadores para identificação e reconhecimento da sepse de forma precoce são importantíssimos no lidar com o problema, em virtude de que, quanto mais rápido o seu reconhecimento por parte do corpo de profissionais de saúde, mais breve poderá ocorrer a implementação de medidas eficazes de tratamento. Tais medidas visam garantir o estacionamento da doença e conseqüentemente a restauração da saúde do paciente, evitando-se o agravamento ou progressão para os quadros sépticos graves ou mesmo a morte do paciente (PENINCK; MACHADO, 2012).

Desse modo, pode-se observar através dos depoimentos a seguir a descrição de critérios identificáveis, que são procurados pelos enfermeiros para identificação precoce dos casos de sepse:

Paciente com hipotensão, paciente em anasarca, paciente com taquicardia são uns dos sintomas da sepse, paciente com rebaixamento do nível de consciência [...] acho que esses já são os indicativos de um paciente com uma sepse. (ENF.01)

A gente observa a temperatura do paciente [...] observa também as secreções do paciente, a urina se está com grumos ou não, se for um foco pulmonar se ele tem secreção pelo tubo orotraqueal, se estiver em ventilação mecânica [...], observa também os exames laboratoriais [...] (ENF.02)

Inicialmente, ocorrência de febre persistente, alteração de exames laboratoriais como leucocitose, acho assim, que o primeiro sinal vai ser febre, e os exames laboratoriais vai lhe dá dados com relação ao acompanhamento da leucocitose e de outros parâmetros [...] (ENF.05)

[...]então os sinais vitais eu vejo como principal instrumento/ferramenta que a gente tem para está acompanhando esta sepse, está fazendo o acompanhamento da temperatura do paciente a cada 2 horas, de ritmo cardíaco, tudo isso que pode nos dá sinais de que alguma coisa está errada. (ENF.14)

De acordo com a sintomatologia do paciente, nós enfermeiros ficamos muito ao lado do paciente cuidando dele, então é reconhecer alguns sintomas, por exemplo, febre alta, [...] nos próprios exames do paciente também, a gente pode reconhecer, porque dá leucocitose bem elevada quando o paciente está em sepse, eu acredito que seria

mais esses sintomas que a gente pode identificar junto ao paciente, juntando com a questão dos exames laboratoriais. (ENF.17)

Para que haja identificação precoce dos sinais de sepse, o paciente deve ser acompanhado constantemente, destacando-se neste contexto, a atuação do enfermeiro na UTI que, como membro da equipe multidisciplinar, é aquele que permanece em contato contínuo a beira-leito do cliente. Assim, de acordo com Ferreira e Nascimento (2014), o enfermeiro, deve utilizar-se do método científico como ferramenta indispensável para reconhecimento precoce da sepse. Desse modo destaca-se a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em sua primeira etapa, no que refere-se a investigação do processo saúde-doença do paciente através da busca por sinais e sintomas.

Diante do exposto, observou-se que os enfermeiros entrevistados elencaram uma descrição variada de possíveis sinais e sintomas procurados em pacientes com suspeita de sepse, sendo frequente citarem as alterações nos padrões de temperatura, como citados pelos enfermeiros 02, 05 e 17, e outras, tais como variações ou desequilíbrio dos sinais vitais, tal como frequência cardíaca aumentada, estado mental alterado, as modificações dos exames laboratoriais como indicações de leucocitose nos achados do hemograma.

Neste sentido, observando a descrição dos critérios propostos na Conferência Mundial de Sepse, para que haja identificação precoce dos sinais da doença, o paciente deve ser constantemente acompanhado quanto ao aparecimento de sintomas clínicos característicos da doença tais como febre ou hipotermia, frequência cardíaca maior que 90 bpm, taquipnéia ou PaCO₂ menor que 32 mmHg, leucocitose ou leucopenia e contagem de leucócitos totais com mais que 10% de formas imaturas (AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 1992).

Ainda, observou-se no discurso do enfermeiro 01 que este utiliza a busca por critérios como hipotensão e anasarca, tal achado sugere que o profissional não consegue fazer o reconhecimento precoce, mas, baseia-se em critérios avançados, quando o quadro já teve sua evolução para sepse grave, o que infelizmente pode implicar em maiores taxas de agravos e morte aos pacientes, se não reconhecidos a tempo.

Dessa forma, a partir dos discursos supracitados, é possível compreender que o enfermeiro apresenta fragilidades para discernir os estágios evolutivos da sepse, sendo esse fato, preocupante, pois, as condutas traçadas pelos protocolos, a exemplo do *sepsis surviving*, preconiza ações rápidas, assim que o quadro de sepse grave ou choque séptico for prontamente reconhecido. Destarte, se esses profissionais não sabem distinguir os estágios evolutivos, isso poderá refletir em falhas na condução terapêutica.

Ainda no que se referem aos critérios para identificação precoce da sepse, alguns enfermeiros que trabalhavam no setor pediátrico, citaram o seguinte:

[...] nos neonatos não necessariamente ocorre febre, certo. Outro sinal de sepse, seria no caso das crianças, é a prostração, [...] hipoatividade, [...] a sudorese no caso dos pacientes maiores, os bebezinhos dificilmente reage com sudorese é mais a hipoatividade, queda da saturação de oxigênio no sangue, quadro de dispneia, no caso das crianças maiores pode se manifestar também com desorientação, [...] a palidez, sudorese, desorientação, febre ou não, e o estado de hipoatividade do bebê demonstra muito. (ENF.04)

A primeira coisa que nos chama atenção é a instabilidade dos sinais vitais, então a gente sempre fica atento a monitorização da temperatura, da frequência cardíaca, da respiração e outros sinais que também são visíveis, principalmente a questão do moteamento da pele, que a criança pode apresentar este quadro, e também alterações nos padrões hemodinâmicos: diminuição principalmente da pressão arterial é alguma coisa que chama nossa atenção [...] (ENF.08)

Como visto os enfermeiros 04 e 08 elencaram certa diferenciação dos sinais de sepse em crianças, tal diferenciação faz-se apropriada e baseiam-se na experiência profissional, uma vez que a *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine*, não apresentaram critérios específicos para os casos de SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico em pediatria, o que pode comprometer a identificação de casos de sepse nessas populações.

Informações do Ministério da Saúde apresentam como manifestações clínicas sugestivas da sepse neonatal a hipotonia, a letargia ou hipoatividade, as alterações do padrão de temperatura com hipotermia ou hipertermia, as alterações hemodinâmicas e respiratórias, além de intolerância alimentar e distensão abdominal (BRASIL, 2011).

5.4 Atuação do enfermeiro diante do reconhecimento da SIRS, Sepse, Sepse grave e Choque Séptico

Nesta categoria, foi analisado como os enfermeiros entrevistados, agem diante do reconhecimento da sepse e seus estágios clínicos, quais são as principais intervenções imediatas e em longo prazo efetuadas por esses profissionais, para o restabelecimento do quadro de saúde do paciente. Pode-se ressaltar que a atuação precisa do enfermeiro, mediante a identificação de padrões anormais de saúde e o reconhecimento precoce constitui-se uma das principais formas de aplicação dos cuidados de enfermagem, tendo em vista que, após instalação da doença, quanto mais precisa e rápida ocorrer às ações de saúde, menores serão as chances de progressão e gravidade da doença e, conseqüentemente, melhor será o prognóstico.

Diante dos achados, observou-se que, em sua maioria, os enfermeiros entrevistados, citaram como ações principais: a monitorização dos sinais e sintomas do paciente, o controle dos sinais vitais e dos parâmetros hemodinâmicos e a administração medicamentosa de antibióticos mediante a prescrição médica, como se pode observar nos discursos de ENF.01 e repetidas por ENF. 05, 08 e 17:

[...] um controle de sinais vitais rigoroso pra você poder identificar direitinho os parâmetros para não ter nenhum erro [...] Quando o paciente chega em choque séptico, por exemplo, colhe a gasometria, chama o laboratório para fazer hemocultura [...] cuidado na administração da medicação, os horários não esquecer, para amenizar ou tratar o doente. (ENF.01)

[...] observar os sinais vitais principalmente os níveis pressóricos e a temperatura, respeitar a administração de antibióticos nos horários certos e em diluições certas [...]. (ENF. 05)

[...] prescrevo nos cuidados de enfermagem uma monitorização dos sinais vitais de modo que a parte hemodinâmica não seja esquecida: aferição da PA, aferição PAM [...] assim, informar aos médicos alterações graves na hemodinâmica e nos sinais vitais do paciente [...] e ao receber a prescrição médica viabilizar o quanto antes a administração dos antibióticos [...]. (ENF. 08)

A partir do diagnóstico, quando já é feito o diagnóstico médico, a partir dos sintomas, dos sinais que a gente identifica aí é iniciado tratamento. De enfermagem, principalmente, a gente faz a monitorização contínua do paciente, vai está sempre acompanhando os sinais vitais com muito mais atenção [...] faz o tratamento de acordo com a prescrição médica [...]. (ENF. 17)

Com base nos discursos apresentados verificou-se que, uma das ações bastante citadas por parte dos entrevistados refere-se ao controle dos parâmetros vitais. A prática desta ação, certamente é uma das principais atribuições da equipe de enfermagem assistencial, dado que, os sinais vitais funcionam como indicadores do estado de saúde do paciente e fornece condições básicas para se observar os problemas instalados, além de avaliar a eficácia das ações implementadas orientando uma melhor condução dos casos de doenças (POTTER; PERRY, 2013).

No discurso do enfermeiro 01, observa-se que foi citada como conduta já no estágio de choque séptico a coleta de gasometria e hemocultura, enquanto que os enfermeiros 05 e 08 citaram a administração de antibióticos orientada pela prescrição, sem referirem em qual tempo de tratamento, entretanto, tais ações podem representar graves atrasos na assistência ao paciente, sendo ideal, a utilização de protocolos que direcionem a prática clínica, com

critérios de precisão e em tempo hábil. É possível observar que os entrevistados não seguem protocolos clínicos, os quais visam aumentar a autonomia dos profissionais, frente às decisões de saúde, facilitando o trabalho em equipe em benefício do paciente.

Assim, a abordagem inicial nos casos de sepse grave e choque séptico devem ocorrer inicialmente com a utilização do pacote das primeiras seis horas. A ação inicial acontece através do reconhecimento dos casos de sepse através da identificação de pelo menos dois critérios de SIRS mais a presença de um foco infeccioso, reconhecido precocemente, a equipe deverá estar em alerta para qualquer progressão. Suspeitando-se do caso de sepse grave, deverá ser realizada a coleta de lactato. Em seguida, deverá ocorrer a coleta de hemocultura nos casos de sepse grave, antes do início da antibioticoterapia e após ela. Depois de diagnosticado o caso inicia-se o uso de antibióticos de amplo espectro idealmente dentro de uma hora após o diagnóstico (BRASIL, 2012b).

Aplicadas as ações iniciais, deverá ser observado os níveis de lactato, que se estiverem 2 vezes acima do valor normal (> 4 mmol/l ou > 36 mg/dl) ou o paciente estiver hipotenso, deverá ser infundido 30 ml de cristaloides por kg de peso do paciente, e se contudo, o paciente não conseguir alcançar níveis pressóricos normais após a reposição de volumes, como é característico de pacientes em choque séptico, deverão ser utilizados vasopressores (BRASIL, 2012b).

O manual sepse apresenta ainda que, caso os valores do lactato alcancem os níveis supracitados, e o paciente necessite de vasopressores para manter a PAM acima de 65 mmHg, o mesmo deverá utilizar cateter venoso central e a equipe de saúde deverá empregar estratégias para manter a saturação de oxigênio acima de 70% (BRASIL, 2012b).

Diante dessas medidas terapêuticas supracitadas e tendo em vista as ações referidas pelos sujeitos dessa pesquisa ante o quadro séptico, observa-se que esses profissionais não estão cientes das condutas referidas pelas evidências científicas e podem não estar prestando esses cuidados que são preconizados mundialmente. Ademais, observou-se que as ações assistenciais voltadas ao paciente, por parte dos enfermeiros entrevistados, estão bastante voltadas ao direcionamento médico. Este fato pode ser explicado pelo modo como foi construída socialmente a enfermagem, organizando-se ao longo da história, com sua atuação bastante interligada e dependente da prática médica, para condução da terapêutica do paciente (LESSA; ARAÚJO, 2013).

É importante salientar que conforme dados do Instituto Latino Americano da Sepse-ILAS (2015a), o Hospital escola pesquisado integra a lista dos hospitais participantes do Projeto “Controlando a Infecção, Sobrevivendo a Sepse”, tendo recebido treinamentos

específicos por parte do ILAS em dezembro de 2012. O Projeto “Controlando a Infecção, Sobrevivendo a Sepse” fornece diretrizes bases para manejo dos quadros de sepse grave e choque séptico, sendo uma parceria entre o ILAS e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (Hospital Albert Einstein) baseado na campanha mundial, Sobrevivendo a Sepse lançada em 2004. Esta iniciativa visa nortear o tratamento dispensado aos pacientes diagnosticados com sepse grave e choque séptico. Suas ações baseiam-se na aplicação de dois pacotes de tratamento da sepse grave e choque séptico.

O segundo pacote de tratamento deverá ser utilizado dentro das primeiras 6-24 horas, caso não se tenha obtido resultados satisfatórios com o primeiro. Este segundo pacote consiste na administração de corticoides em pacientes com choque séptico refratário, com preferência para a hidrocortisona. Nos casos em que o paciente esteja fazendo uso de ventilação mecânica a equipe deverá conduzir esforços para manter a pressão de platô abaixo de 30 cmH₂O, e ainda seguir com ações de controle da glicemia entre os valores de até 180mg/dl (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2015b; LAGUNA-PÉREZ et al., 2012; CUNHA, 2013).

Estudo de Laguna-Pérez et al., (2012) realizado em uma UTI na Espanha com 125 pacientes, sendo um grupo controle com 84 pessoas e um grupo de intervenção com 41 pacientes, mostraram bons resultados ao ser aplicado os dois pacotes para tratamento da sepse grave e do choque séptico. Os resultados apresentaram maior índice de sobrevida dos doentes, diminuição da mortalidade em 11,2% em 28 dias e menor tempo de internação hospitalar.

Entretanto, os entrevistados desta pesquisa, não referiram em nenhum momento, que executavam ações guiadas por um protocolo específico ou uso de pacotes de tratamento que norteariam o seguimento das ações dos serviços de enfermagem, no hospital escola estudado, apesar de serem citadas a coleta de exames laboratoriais e a administração de antibióticos, como propõe o pacote das primeiras seis horas propostos pela campanha mundial.

5.5 Facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no reconhecimento da sepse

Neste quesito, buscou-se compreender quais as principais facilidades e ou dificuldades encontradas pelos enfermeiros entrevistados, no que concerne ao reconhecimento precoce da sepse dentro das UTIs estudadas, sabendo que, através do conhecimento da realidade em foco, este trabalho poderá contribuir para melhorias na qualidade da assistência elucidando suas fragilidades e ou potencialidades.

Com base nos discursos colhidos, verificou-se que, vários entrevistados mencionaram como dificuldade a identificação do quadro de sepse e/ou dos seus estágios clínicos, e, portanto, que esse reconhecimento, muitas vezes poderia ser feito em estágio mais avançado. Foi mencionado ainda, o fato de haver dificuldades em fazer a diferenciação da sepse de outras doenças, pois a sepse apresentaria sinais e sintomas inespecíficos que poderia ocorrer também em outras patologias. Além disso, um enfermeiro referiu a ausência de educação continuada acerca dessa problemática. Esses achados são ilustrados nas falas abaixo:

Às vezes, ela (sepse) já é identificada já em um estágio mais avançado da infecção, aí isso, vai diminuir o prognóstico do paciente, às vezes ele não consegue ter uma resposta porque não foi identificado precocemente [...]. (ENF. 02)

Eu acredito que a maior dificuldade para a gente, não só para mim, [...] é ausência de educação continuada em relação a esse tema [...] que deveria ser propagada não somente para as UTIs, mas, para o ambiente hospitalar como um todo, porque não é somente a equipe que está assistindo na UTI que tem um papel fundamental diante da assistência do paciente [...] todas as pessoas deveriam ser extremamente capacitadas [...] a medicina, a enfermagem, a nutrição também, a fisioterapia, as demais áreas que compõe a área de saúde [...], pois a enfermagem não faz assistência sozinha, tem que ter uma equipe multiprofissional [...]. (ENF.06)

A dificuldade seria a subjetividade dos sinais e sintomas, porque uma hipertermia, um quadro de hipotensão, você pode encontrar em pacientes com outras patologias, a sepse não é um quadro que se diagnostica tão rápido a meu ver. Há uma dificuldade geralmente na confusão de associar a outra patologia [...]. (ENF 09).

Eu acredito que as dificuldades é em está correlacionando a sepse com outra patologia, então muitas vezes a gente acha que aquele paciente só está apresentando aqueles sintomas naquele determinado momento e não leva diretamente a sepse, justamente porque a sepse deve ser investigada como um todo, tanto com os sinais clínicos, e é imprescindível usar os exames laboratoriais que está em conjunto para saber se está levando aí esta infecção [sepse]. (ENF. 10)

Inicialmente é difícil porque os sinais eles são meios gerais, quando a gente faz o acompanhamento dos sinais do paciente no início principalmente da sepse, os sinais eles não são muito claros, não são específicos, são sinais gerais que dificultam esse reconhecimento precoce, mas, aí sempre que a gente identifica qualquer alteração a gente já fica atento, para ver a possibilidade de confirmar ou não esse diagnóstico [...]. (ENF 14)

[...] quanto às dificuldades, porque às vezes pode ter os sintomas clássicos, mas, pode ser que não venha exatamente com os sintomas

clássicos, acho que pode haver essa dificuldade nesse sentido, entendeu. (ENF. 17)

Assim sendo, observa-se que esses profissionais, referem dificuldades em fazer o reconhecimento da sepse e de seus estágios clínicos e justificam essa fragilidade devido à similaridade de sinais e sintomas da sepse com o de outras patologias. Essa dificuldade, pode ser explicada em parte, pelo desconhecimento dos critérios norteadores para os quadros de SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico, como visto na categoria 2.

Essa fragilidade possivelmente pode ser originária desde a formação acadêmica, como apresenta o estudo de Santos, Alves e Stabile (2012), realizado com graduandos do quarto ano da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–SP, os quais demonstraram que dos participantes, em sua maioria, 45 (58%) afirmaram possuir pouco conhecimento sobre a temática, enquanto, 50 deles (65%) referiram que o curso de graduação forneceu pouca informação sobre sepse.

Em outro estudo, foi evidenciado que os enfermeiros graduados, apesar de, afirmarem reconhecer a sepse precocemente, o fazem através de sinais tardios, apenas em sua forma grave ou quando a doença já tem evoluído para o choque séptico (SCHMITZ, PELAES E PAGANINI, 2010). Esses achados são preocupantes, uma vez que a deficiência no reconhecimento da sepse, ora identificada, pode implicar em perda de vidas que poderiam ter sido salvas. Para minimizar essa problemática, faz-se necessário a promoção de atividades de educação continuada relacionadas ao tema, como foi apontado pelo enfermeiro 06.

Quanto às facilidades percebidas, as mais citadas pelos entrevistados foram: a quantidade de recursos humanos suficiente, especialmente de enfermeiros, o adequado suporte de materiais e arsenal tecnológico, além do trabalho em equipe, conforme se observa em suas falas:

Acho que a gente tem bem disponível os equipamentos, os exames laboratoriais, que facilitam nessa identificação [...]. (ENF. 02)

As facilidades seriam: nossa prática diária, como a gente lida muito com isso, nossa prática diária nos facilita bastante [...] e a monitorização que a gente faz, aferição de sinais vitais que é feito em UTI [...]. (ENF.04)

Geralmente quando se diagnostica, como na UTI é um lugar para compensar essa complicação, as atuações elas são muito imediatas, como troca de antibiótico, recultramento do paciente etc., essas poderiam ser citadas como facilidades [...]. (ENF. 05)

Nós dispomos de laboratórios 24 horas, dispomos de raio-x 24 horas, de tomografia dentro do hospital a qualquer hora que necessário. Então não temos uma dificuldade grande no tocante a esse diagnóstico médico. A equipe de enfermagem não possui dificuldade

de reconhecer os casos precoces de sepse, pois a gente já recebe um paciente direcionado de outros locais, geralmente eles já vêm até com um diagnóstico. Somos avisados de que vai chegar um paciente com septicemia [...]. (ENF.07)

A facilidade é a rotina com que ocorre, porque na UTI os pacientes são muito propensos a isso. (ENF.09)

Uma facilidade é o trabalho em equipe, o acesso aos exames necessários [...]. (ENF.12)

E facilidades é justamente isso por ter um quantitativo de pessoal adequado, por ter um número grande de enfermeiros na UTI, aqui no hospital a gente tem essa facilidade, então a gente pode ter essa monitorização contínua o tempo todo ao lado do paciente [...] a gente tem [...] um diálogo grande com médico, fisioterapeuta, então, sempre que alguém observa alguma coisa diferente no paciente, algum sinal, algum sintoma, já tem essa comunicação que facilita também a identificação precoce. (ENF.14)

Quanto às facilidades, observou-se nos discursos dos enfermeiros 12 e 14, a referência ao trabalho em equipe e ao quantitativo adequado de pessoal para os serviços da UTI, esse fato explica-se pelo modo como ocorre o trabalho dentro deste ambiente. O Ministério da Saúde do Brasil (2012c) determina que o quantitativo de pessoal, seja composto por enfermeiro, médico e fisioterapeuta, respeitando a quantidade mínima de profissionais por leitos. No que concerne a enfermagem, o quantitativo de enfermeiros deverá ser de um para cada dez leitos, sendo que, no hospital escola estudado, esse quantitativo de enfermeiros por leito é bem superior, favorecendo ainda mais o trabalho.

No que se refere ao suporte de materiais e arsenal tecnológico, conforme apresentaram os enfermeiros 02, 04, 07, as UTIs, são bastante favorecidas, uma vez que, dispõem de monitorização contínua para os pacientes, materiais e equipamentos médico-hospitalares de acordo com a complexidade de procedimentos diagnósticos e de tratamentos, além de, acesso a medicações e produtos farmacêuticos conforme a demanda (BRASIL, 2010).

Ainda, observou-se através dos discursos dos enfermeiros 04 e 09, citadas dentre as facilidades, a rotina de ocorrência constante dos casos de sepse dentro do ambiente de cuidados da UTI. Esse fato apresenta a realidade do problema local, e o que também ocorre em todo o mundo (JUNCAL et al., 2011; BHATTARAI, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pode-se verificar a compreensão dos enfermeiros atuantes em UTIs, em relação à sepse e seus estágios evolutivos. Assim sendo, identificaram-se algumas fragilidades ante o reconhecimento e diferenciação dos estágios clínicos da sepse. Constatou-se que alguns profissionais confundem a sepse, com a SIRS e com o conceito de bacteremia. Além disso, alguns profissionais ainda utilizam termos que entraram em desuso, como septicemia, para referir-se a sepse.

Destarte, constatou-se também, que a maioria dos participantes, desconhecem os critérios propostos pela *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine* publicados mundialmente a partir da Conferência em Chicago (EUA), no ano de 1992. Alguns profissionais, apresentaram conhecimento parcial acerca dos critérios gerais para identificação da SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico, citando em maior número alguns critérios, tais como: hipertermia, taquicardia e leucocitose ou leucopenia, sem contudo, referir valores relativos. Apenas um enfermeiro, quando indagado acerca do conceito de sepse, citou todos os critérios para identificação da SIRS, porém não os associou a um foco infeccioso, para conceituar a sepse.

No tocante as ações realizadas por esses profissionais, ante ao reconhecimento do quadro séptico, pode-se verificar que o direcionamento da terapêutica, ainda é muito dependente da prescrição médica e as ações que esses profissionais disseram efetuar, em sua maioria, relacionam-se, ao controle de sinais vitais e hemodinâmico, o que reflete a não instituição de protocolos clínicos para guiar as condutas da equipe. Assim, ficou evidente a necessidade de se instituir no serviço o protocolo de atendimento a sepse, sugerido pelo Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A partir dessa realidade, sugere-se a promoção de ações de educação permanente em saúde, vislumbrando melhorias ante o reconhecimento precoce da sepse e a implementação de ações em saúde que garantam a segurança do paciente e o controle da sepse em nível hospitalar. Faz-se necessário a capacitação desses profissionais, através de treinamentos, oficinas e discussões e ainda que protocolos operacionais sejam criados ou revistos direcionando as ações desses profissionais e da equipe multiprofissional.

Quanto aos profissionais, destaca-se a importância da busca constante pelo conhecimento científico como aliado à prática clínica, com vistas a melhorias nas fragilidades encontradas. Em relação aos pacientes, essa temática tornou-se útil, pois pode oferecer

avanços na pesquisa do tema com vista à melhoria da assistência e dos cuidados oferecidos aos mesmos.

As limitações desse estudo se referem ao número restrito da amostra, entretanto, para a confirmação desses achados, sugere-se a realização de pesquisas de natureza quantitativa com amostras maiores. Sugere-se ainda, estudos de natureza intervencional de cunho educativo, vislumbrando melhorias, ante o reconhecimento desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. S. A et al. Conhecimento do profissional enfermeiro a respeito da sepse/ Knowledge of the professional nurse about sepsis. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v. 4, n. 4, p. 5-10, set.- nov. 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131102_1144092.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2013.
- AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS/ SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. Consensus conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. **Critical Care Medicine**, New York, v. 20, n. 6, p. 864-874, June 1992.
- ASSUNÇÃO, M. et al. Survey on physicians' knowledge of sepsis: do they recognize it promptly? **Journal of Critical Care**, v.1, n. 25, p.545–552, 2010.
- AZEVEDO, L. C. P. de; RAMOS, F. J. S.; PIZZO, V. R. P. Sepse. In: SCHETTINO, G. et al. **Paciente Crítico: diagnósticos e tratamento: Hospital Sírio Libanês**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2012. Cap.99, p. 986- 991.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BHATTARAI, A. [editor]. The World Sepsis Declaration. **The ICU Post**. Nepal, 5 ed. p. 67-68. nov. 2013. Disponível em: <http://www.nccdfnepal.org/wp-content/uploads/2013/01/The-ICU-Post-Magazine.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.
- BOECHAT, A. L; BOECHAT, N. O. Sepse: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, v. 8, n. 5, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/010.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 13 fev. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012**. 2012c. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/vigilancia/vigsan/e-a-saude/uti-resolucao-26-20120511.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. 2012a. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. vol. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; Instituto Latino Americano da Sepse. **Controlando a infecção, sobrevivendo a SEPSE: manual de abordagem inicial da sepse grave e choque séptico**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2012b.

CAVALHEIRO, A. M.; SHIRAMIZO, S. C. P. L.; MOURA JUNIOR, D. F. M. Relato de caso: cuidado ao paciente em sepse grave sob a óptica da enfermagem. **Soc Cardiol Estado de São Paulo**. São Paulo, v.19, n.2, p. 3-7, abr.- jun. 2009.

CHAVES, M. H. M.; LISBOA, M. C.; FERREIRA FILHO, U. R. A importância da otimização precoce. In: VIANA, R.A.P.P. **Sepse para Enfermeiros - as horas de ouro: identificando e cuidado do paciente séptico**. São Paulo: Atheneu, 2009, cap.3, p. 23- 31.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007**. Aprova a reformulação do código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 07 mar. 2014

COSTA, R.T. et al. Choque Séptico. In: SCHETTINO, G. et al. **Paciente Crítico: diagnósticos e tratamento: Hospital Sírio Libanês**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2012. Cap.39, p. 335- 343

CUNHA, S. Protocolo de tratamento da sepse grave HUPE contra a sepse. **Revista HUPE**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2013. Disponível em:< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7526/5909>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

DESLANDES, A. K. M., et al. A imagem do cuidado pelas enfermeiras de saúde pública veiculada na Revista da Semana (1929). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 01, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100017&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 10 jan. 2015.

DUTRA, C. S. K. et al. Prevalent nursing diagnosis in patients hospitalized with sepsis at the intensive care unit. **Cogitare Enferm**. Paraná, v. 19, n. 4, Out/Dez, 2014. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36801/23944> >. Acesso em: 20 jan. 2015.

FERREIRA, R. G. S; NASCIMENTO, J. L. Intervenções de enfermagem na sepse: saber e cuidar na sistematização assistencial. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 6, n.3, jul.-dez, 2014. Disponível em: < <http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/283/222> >. Acesso em: 24 Jan. 2015.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.24, p.17-27, 2008.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre Iniciação a Pesquisa Científica**. 4 ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007.

HENKIN, C.S. et al. Sepse: uma visão atual. **Scientia Médica**, v. 19, n. 3, p. 135-145, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4716/4285>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. n.11, v.1, p.55-63, 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>> . Acesso em: 28 jan. 2014.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE (ILAS). **Campanha Sobrevivendo a Sepsis- Tratamento**. 2015b. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/educacao-continuadas-aulas-detalhes.php?cod=9&q=Tratamento>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE (ILAS). **Hospitais Participantes**. 2015a. Disponível em: <<http://www.sepsisnet.org/pg.php?v=hospitais-participantes>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE. **Campanha Sobrevivendo a sepsis: Relatório Nacional**. Fev, 2013. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/upfiles/fckeditor/file/Relatorio%20Nacional%20fev%202013.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

JUNCAL, V. R. et al. Impacto clínico do diagnóstico de sepsis à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia. **J Bras Pneumol**. Salvador, v. 37, n. 1, p. 85-92, 2011.

LAGUNA-PÉREZ, A. et al. Observância e efetividade das intervenções de um protocolo clínico utilizado para pacientes com sepsis grave e choque séptico de uma Unidade de Cuidados Intensivos da Espanha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13 fev. 2015

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

LIMA, A. F. K. T.; FRANCO, R. P. Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), um desafio diagnóstico. **Acta Veterinaria Brasilica**, Mossoró-RN, v.3, n.4, p.123-131, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufersa.edu.br/revistas/index.php/acta/article/view/1530>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LISBOA, T; PÓVOA, P. Prevalência e desfechos das infecções nas UTIs brasileiras: mais uma peça no quebra-cabeça... **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v. 24 n. 2. Abr.- Jun. 2012.

MARTINS, C. C. F. et al. Agentes estressores na Terapia Intensiva: visão dos profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 10, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4678>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MEDEIROS, L. M. **Modelo Preditivo Para Diagnóstico da Sepsis em Unidade de Terapia Intensiva**. 2012. 82f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

MESQUITA, A.M.F. Cuidados iniciais: o enfermeiro identificando a Sepsis. In: VIANA, R.A.P.P. **Sepsis para Enfermeiros - as horas de ouro**: identificando e cuidado do paciente séptico. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 2, p.11-21.

OLIVEIRA, D. S. T. de. **Adaptação fisiológica de idosos com sepsis: diagnósticos e intervenções de enfermagem**. 2013. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

OLIVEIRA, J.B.; VIANA, R.A.P.F. Definições e condutas baseadas em evidências. In: VIANA, R.A.P.F. **Sepse para Enfermeiros - as horas de ouro**: identificando e cuidado do paciente séptico. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap.1, p.1-10.

PENINCK, P.P.; MACHADO R. C. Aplicação do algoritmo da sepsis por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. **Revista Rene**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 187-189, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/30/26>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. N. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RAMALHO NETO, J. M. et al. Nursing process and septic shock: intensive nursing care. **Rev enferm UFPE on line**. v.5, n.9, p. 2260-2267, 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1929>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

REINHART, K.; DANIELS, R.; MACHADO, F. R. O ônus da sepsis: uma chamada em apoio ao Dia Mundial da Sepsis 2013. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v. 25, n. 1, mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2013.

SALES JUNIOR, J. A. L. et al. Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2013.

SANTOS, J. F.; ALVES, A. P.; STABILE, A. M. Avaliação do conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre sepsis. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Goiânia, v. 14, n. 4, 2012. Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a13.pdf > Acesso em: 01 fev. 2014.

SCHMITZ, R. K; PELAES, T; PAGANINI, M. C. Reconhecimento precoce do quadro de sepsis em terapia intensiva: atuação do enfermeiro. **Boletim de enfermagem**. Paraná, v.1, ano 4, 2010. Disponível em: http://www.utp.br/enfermagem/boletim_6_ano4_vol1/pdf/s/art2_reconhecimento.pdf. Acesso em: 31 out. 2013.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2013.

SHIRAMIZO, S. C. P. L.; SILVA, C. C. L. O.; SILVA, E. Campanha Sobrevivendo à Sepsis [Surviving Sepsis Campaign]. In: VIANA, R.A.P.P. **Sepse para Enfermeiros - as horas de ouro**: identificando e cuidado do paciente séptico. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 20, p. 221-230.

SILVA, B.L. et al. Hospital morbidity and mortality by sepsis in the unique health system. **Rev enferm UFPE on line**. v.7, n.1, p. 23-29, 2013. Disponível em:< http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3412/pdf_1793> Acesso em: 05 mar. 2014.

SILVA, E. et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). **Critical Care**. v. 8, n.4, p. 252-60, 2004. Disponível em: <<http://ccforum.com/content/8/4/R251>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al . Sepse: atualidades e perspectivas. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

SITNIK, R., et al. Uso do SeptiFast para diagnóstico de sepse em doentes graves de um hospital brasileiro. **Einstein (São Paulo)**. São Paulo, v. 12, n. 02, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000200191&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

VALEIRIO, D. F.; SILVA, R. S. U. Diagnóstico da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica e Sepse. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 1, 2012. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2682.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VIANA, R. A. P. P. et al. Perfil do enfermeiro de Terapia Intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 01, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00151.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VIANA, R. A. P. P. Sepse: da identificação aos cuidados. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. et al. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 417- 432.

WESTPHAL, G. A. et al. Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepse grave e choque séptico. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 6, p. 499-505, 2012.

YOSHIHARA, J. C. et al. Análise descritiva dos pacientes com sepse grave ou choque séptico e fatores de risco para mortalidade. **Semina cienc. biol. Saúde**. Londrina, v. 32, n.2, jul.- dez. 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva: compreensão e prática de enfermeiros.

Orientadora: Prof^a Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo.

Pesquisadora acadêmica: Isabel Cristina da Silva Borges.

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Nós pesquisadores (Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo e Isabel Cristina da Silva Borges) do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- *Campus* Cuité estamos realizando a pesquisa acima intitulada, que possui o objetivo de investigar a compreensão e atuação de enfermeiros no reconhecimento da sepse em Unidades de Terapia Intensiva.

A pesquisa tem a finalidade de impulsionar reflexões sobre a necessidade do reconhecimento precoce e diferenciação dos casos de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave e choque séptico na Unidade de terapia Intensiva, servindo a partir de seus resultados como instrumento de discussão e melhoria dos serviços de enfermagem e conseqüentemente de saúde, resultando em melhora da qualidade da assistência para os pacientes e uma considerável contribuição à sociedade.

Considerando o exposto, solicitamos sua colaboração voluntária no estudo. O mesmo ocorrerá através de entrevista que durará em média 20 minutos, sendo as perguntas e respostas gravadas. Ressaltamos que sua participação contribuirá significativamente para a pesquisa, assim como solicitamos sua autorização para apresentar os resultados do trabalho em eventos científicos. Comprometemo-nos em manter sigilo de seu nome, por ocasião da exposição dos resultados e da publicação de trabalhos posteriores.

Salientamos que toda pesquisa envolvendo seres humanos implica em riscos (BRASIL, 2012), nesse estudo, os riscos envolvidos consistem no receio e/ou constrangimento quanto à participação do enfermeiro que estão relacionados aos questionamentos realizados durante a entrevista.

Ressalta-se, entretanto que, a pesquisa tem como finalidade soberana implicar em benefícios para o ser humano e para a ciência, sem, contudo ferir a dignidade humana (BRASIL, 2012). Esse estudo, em específico, se propõe a contribuir para melhorias no tocante a assistência de enfermagem ao paciente séptico em Unidade de Terapia Intensiva, visto que a partir dos seus achados, ofertará subsídios para a implementação de ações de educação

permanente em saúde, vislumbrando a capacitação da equipe para a descoberta precoce dos casos de sepse, podendo a enfermagem, intervir com respaldo científico para redução desse agravo.

Esclarecemos que em se tratar de participação voluntária, você poderá solicitar afastamento do estudo em qualquer etapa. Colocamo-nos a disposição para eventuais dúvidas.

CONSENTIMENTO

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, em participar pesquisa, assim como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins de divulgação científica. Informo que recebi uma cópia deste termo.

OBS: Em virtude de que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, encontra-se impresso em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelos pesquisadores e sujeito da pesquisa. Após ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa, consinto em participar da mesma. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

Contato do pesquisador responsável:

Danielle Samara Tavares de O. Figueirêdo. Tel: (83) 8724-5624.
Universidade Federal de Campina Grande/CES - Campus Cuité. Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Centro - CEP: 58175-000. Cuité-PB. Telefone: (83) 3372-1900.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer também ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Campina Grande-PB, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Reconhecimento da sepse em Unidade de Terapia Intensiva: compreensão e prática de enfermeiros.

Dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa:

Iniciais: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** _____

Tempo de formação: _____ **Tempo de serviço em UTI:** _____

Instituição de conclusão da graduação: _____

Nível de escolaridade: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor

Outras áreas de atuação: () docência () gestão () outros

- 1) O (a) senhor (a) poderia me dizer o que entende por Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica?
- 2) Qual sua compreensão acerca da sepse, sepse grave e choque séptico?
- 3) Quais os critérios que o (a) Senhor (a) utiliza para identificar e reconhecer precocemente a sepse em Unidade de Terapia Intensiva;
- 4) Diante do reconhecimento da SIRS, Sepse, Sepse grave e Choque Séptico, quais suas ações/ atuação enquanto enfermeiro de Unidade de terapia Intensiva?
- 5) Poderia citar qual(is) as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelo (a) senhor (a) no tocante o reconhecimento da sepse.

ANEXO - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 31763514.4.0000.5182, Número do Parecer: 872.336 intitulado: **RECONHECIMENTO DA SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: COMPREENSÃO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.


Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 02 de Dezembro de 2014.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br