

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vilela, Nara Núbia Fonseca. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde Pública pelo Centro de especialização em Enfermagem, CEEN – PUC. Enfermeira CCIH Hospital Estadual de Urgências de Anápolis, Enfermeira na Vacine – Clínica de Imunizações. – Email: nara.nubi@hotmail.com

Prado, Edna Jerônimo. Bacharel em Administração Pública pela Faculdade Alves Farias/Alfa. Bacharel em Ciências Contábeis pela Faculdade Padrão. Licenciada em Matemática pelo Centro Universitário de Jales/UNIJALES. Técnica em Enfermagem. - E-mail: ej.prado@hotmail.com

Castilho, Dayse Edwiges Carvalho. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Enfermeira analista técnica na Escola de Saúde de Goiás. Professora em Instituto Health de Pós-Graduação – ITH. E-mail: dayseedwigescarvalho@gmail.com.

Prado, Edna J; Vilela, Nara Núbia F. Castilho, Dayse Edwiges Carvalho.

RESUMO

A sepse é um importante evento adverso que afeta milhares de pessoas no mundo, ocasionando sequelas e mortes nos pacientes, bem como, acarretando em gastos desnecessários aos sistemas de saúde. Para a garantia da segurança do paciente faz-se necessário a implantação de protocolos que visem a adoção de ações para a redução deste problema, considerado de alta gravidade. Portanto, este trabalho teve como objetivo relatar a experiência dos profissionais de saúde na implantação do protocolo de sepse em uma unidade hospitalar de urgência. A implantação do protocolo de sepse pela equipe multiprofissional de saúde ocorreu em 2018 em uma unidade de urgências. Após a elaboração do protocolo foram realizados capacitações e treinamentos com a equipe de saúde. Posteriormente, foi realizado o monitoramento da adesão ao protocolo de sepse na unidade, sendo constatados problemas que impactavam no não seguimento das medidas preventivas, e, conseqüentemente, contribuía para aumentar a incidência de sepse na unidade. Para minimizar o problema foi, então, realizado um plano de ação. As medidas consideradas importantes para a melhoria do processo foram: capacitar os profissionais quanto a importância da adesão ao protocolo de sepse; reduzir o tempo de liberação e coleta de exames; aprimorar o tempo de início de administração de antibioticoterapia e monitorar a implantação efetiva do protocolo de sepse na unidade. Espera-se que este trabalho contribua com toda a comunidade científica, bem como com os profissionais de saúde que atuam na assistência e nos serviços de controle de infecções hospitalares, uma vez que relata ações relevantes para a redução de sepse em uma unidade de urgências.

Descritores: Protocolo; Sepse; Segurança do Paciente.

ABSTRACT:

Sepsis is an important adverse event that affects thousands of people worldwide, causing sequelae and deaths in patients, as well as causing unnecessary expenses to health systems. To guarantee patient safety, it is necessary to implement protocols that aim to adopt actions to reduce this problem, considered to be of high severity. Therefore, this study aimed to report the experience of health professionals in implementing the sepsis protocol in an emergency hospital unit. The implementation of the sepsis protocol by the multiprofessional health team took place in 2018 in an emergency unit. After the elaboration of the protocol, training and training were carried out with the health team. Subsequently, adherence to the sepsis protocol

at the unit was monitored, and problems were found that impacted the failure to follow preventive measures, and, consequently, contributed to increasing the incidence of sepsis at the unit. To minimize the problem, an action plan was then carried out. The measures considered important for improving the process were: to train professionals on the importance of adhering to the sepsis protocol; reduce the time to release and collect exams; improve the time to start antibiotic therapy and monitor the effective implementation of the sepsis protocol in the unit. It is expected that this work will contribute with the entire scientific community, as well as with health professionals who work in hospital infection control assistance and services, since it reports relevant actions to reduce sepsis in an emergency unit.

Descriptors: Protocols; Sepsis; Patient Safety.

INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria do cuidado em saúde tem sido amplamente discutida, tanto em nível internacional quanto nacional, evidenciando a importância do estabelecimento de ações para a segurança do paciente. Desde a realização da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, esforços têm sido direcionados na agenda dos governos dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos de melhoria da segurança do paciente nas instituições de saúde (ANVISA, 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade do cuidado e a segurança do paciente constituem uma vertente relevante para a melhoria da assistência (ANVISA, 2014). Ainda, segundo a OMS (2009) segurança do paciente pode ser entendida como um conjunto de ações capazes de reduzir o risco de dano desnecessário ao paciente decorrente do cuidado de saúde. A ocorrência dos eventos adversos é reconhecida como uma falha na segurança do paciente, podendo ocorrer entre 5% a 17% em pacientes internados, dentre os quais 60% podem ser preveníveis. (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Dentre os eventos adversos mais comuns nos ambientes hospitalares destaca-se a sepse, considerada como uma resposta sistêmica a uma doença infecciosa causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários. Sua incidência é de cerca de 17 milhões de casos anualmente em todo o mundo. Possui uma taxa de ocupação de 30% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil, sendo a principal causa de morte na terapia intensiva, com letalidade de 50% (ILAS, 2015).

A sepse é definida pela presença de uma disfunção orgânica potencialmente fatal, causada por resposta desregulada do hospedeiro a um processo infeccioso, que pode evoluir para choque séptico. Essa doença impacta mundialmente na saúde humana e acarreta cerca de 6 milhões de mortes ao ano. Além de ser a principal causa de mortalidade nos hospitais, atinge gastos de 23.7 bilhões de dólares ao ano destinados a seu tratamento em hospitais americanos (ILAS, 2015).

No Brasil, dados do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), referentes aos anos de 2005 a 2016, apontaram que 52.045 pacientes foram diagnosticados com sepse ou choque séptico nos hospitais cadastrados. Quanto a letalidade da sepse, tal relatório mostrou que a mortalidade global atingiu 44,8% dos pacientes hospitalizados em instituições públicas. Entre os 2.758 pacientes admitidos com sepse, procedentes de outros serviços, 33% evoluíram a óbito, e esta proporção sobe para 53,2% em hospitais públicos.

Os estudos sobre sepse se concentram em serviços terciários, de alta complexidade, com destaque para as unidades de terapia intensiva. Entretanto, seu tratamento permeia os três

níveis de atenção à saúde, organizados para atender os diferentes níveis de complexidade, classificados em primário, secundário e terciário de acordo com a densidade tecnológica singular (SANTOS, M.C.S. *et al*, 2019)

Visando a redução destes eventos adversos no país, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tem como um dos objetivos a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2014). Em consonância ao atendimento destes objetivos destaca-se a implantação de protocolos de prevenção a sepse nas instituições de saúde.

O protocolo de Sepse possibilita a identificação, com menor tempo, de possíveis casos de pacientes com diagnóstico e ou prognóstico de infecções graves, possibilitando aos profissionais de saúde, fazer o diagnóstico de forma mais coesa, contribuindo assim para melhora do cliente e, conseqüentemente, trazendo economia para a unidade (ILAS, 2015).

A implementação do protocolo de sepse se mostra uma estratégia efetiva para a qualidade da segurança do paciente, apresentando resultados promissores na melhoria contínua da assistência ao paciente com risco de sepse e choque séptico, uma vez que, se seguido todos os passos do protocolo, há uma redução significativa na mortalidade causada por sepse (ILAS,2015).

Segundo Medeiros, *et al*, (2016), para que o protocolo funcione de maneira profícua nos serviços de saúde, torna-se essencial a capacitação de toda a equipe multiprofissional quanto à identificação precoce dos sinais e sintomas de sepse, padronização e segurança na realização dos procedimentos, sistematização do processo de trabalho e a importância da utilização do protocolo

O atendimento ao paciente séptico é efetivo quando existe a disponibilidade de equipe e recursos destinados ao tratamento de indivíduos em situações graves. Para isso é preciso haver a presença de profissionais intensivistas e emergencistas nos serviços; bem como, a disponibilidade dos antimicrobianos de amplo espectro e terapias substitutivas em todos os níveis de atenção à saúde (MEDEIROS, A.P. *et al*, 2016)

De acordo com Cartezani (2019), o não seguimento de diretrizes e recomendações, têm impacto direto na morbidade e mortalidade, dessa forma, é importante o reconhecimento de melhoria da qualidade, envolvimento de equipe multidisciplinar e avaliações dos impactos das intervenções nos pacientes.

Dentro deste contexto a enfermagem tem um papel crucial no processo de identificação dos fatores de risco para evolução do cliente às infecções graves, uma vez que o primeiro contato assistencial com paciente normalmente é realizado pela equipe de

enfermagem, que tem a responsabilidade de identificar precocemente sinais de alerta e consequentemente dar início aos protocolos institucionais, baseados nas melhores práticas de segurança do paciente (SILVA, A.T. *et al*, 2016)

Considerando a relevância da temática, a equipe multiprofissional de um hospital de urgências localizado no Centro-Oeste, preocupados com a qualidade dos serviços ofertados e com a incidência de sepse nos pacientes internados, decidiram implantar o protocolo de sepse na unidade, após terem realizado reuniões em que discutiram estratégias para o atendimento a esta demanda.

A equipe tinha como intuito identificar precocemente os clientes em potencial que poderiam desenvolver infecções graves, e, desta forma, contribuir com a melhoria da assistência à saúde, reduzindo o tempo de internação, diminuindo a mortalidade desse grupo e trazendo benefícios econômicos à instituição. Desta forma, este trabalho teve como objetivo relatar a experiência dos profissionais de saúde na implantação do protocolo de sepse em uma unidade hospitalar de urgência.

MÉTODOS

Tipo e Local do Estudo:

Relato de experiência sobre a implantação do protocolo de sepse em um hospital de urgências localizado no Centro-Oeste, Brasil. O hospital é de natureza pública e possui 100 leitos, dos quais 24 são destinados à terapia intensiva. Possui capacidade para atender 400 pacientes diariamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS, nas especialidades de: cirurgia geral, traumatologia, ortopedia, radiologia, neurocirurgia, clínica médica, buco-maxilo, vascular e anestesiologia.

Atualmente, a unidade conta com diversas especialidades médicas e 782 colaboradores. São realizadas consultas, procedimentos terapêuticos, internações e exames laboratoriais e de imagem. A unidade conta com uma agência transfusional, que é uma unidade do Hemocentro.

O pronto socorro dispõe de nove boxes para atendimento a pacientes graves; possui ainda salas de redução de fraturas, pequenas cirurgias, gesso, medicação, curativos, observação e seis leitos de Semi UTI. O bloco cirúrgico é composto por quatro salas cirúrgicas e dois leitos de recuperação pós-anestésica. A UTI conta com 24 leitos para pacientes adultos.

Mensalmente mais de 4.500 pacientes são atendidos no pronto socorro. No mesmo período a unidade realiza 450 internações, 530 cirurgias, destas cerca de 380 são ortopédicas e 16 mil exames para diagnóstico, entre laboratoriais, raios-x e tomografias.

O hospital conta com equipe de CCIH, Segurança do paciente, escritório de qualidade, equipe de fisioterapia, nutrição, Terapia Ocupacional, fonoaudiologia, etc.

Descrição da Experiência

A implantação do protocolo de sepse pela equipe multiprofissional de saúde ocorreu em 2018 com o objetivo de identificar e tratar precocemente os casos de sepse e choque séptico atendidos na emergência e UTI da unidade. O protocolo contempla e atende as especificações dos marcadores do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) e teve como base a consulta a protocolos já implantados em instituições devidamente acreditadas no país, levando-se em consideração a realidade da instituição e seu perfil epidemiológico.

1. Estruturação do protocolo

1ª Etapa - Abordagem inicial ao paciente com sepse; pacote 3/6 horas (otimização hemodinâmica) e pacote opcional (otimização de saturação venosa central de oxigênio/ pressão venosa central). Os pacientes submetidos ao protocolo tinham idade média de 60 anos, a maioria era mulheres (59%), apresentaram hipotensão (95%), elevação da creatinina (74%) e leucocitose/leucopenia (83%) entre a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), tiveram exames imediatamente realizados (100%) e início da antibioticoterapia na primeira hora (80%). A abertura do protocolo inicia-se no primeiro contato com o paciente, quando é realizado o atendimento médico e de enfermagem.

2ª Etapa - A equipe deve preencher os campos obrigatórios constantes na ficha elaborada pela unidade para rastreamento dos pacientes com sepse. As informações solicitadas nesta ficha são: unidade de internação, nome completo, idade, se paciente apresenta pelo menos dois dos sinais de SIRS: hipertermia $> 37,8^{\circ} \text{C}$ ou hipotermia $> 35^{\circ}$, leucocitose > 12.000 , leucopenia < 4.000 ou desvio esquerdo $> 10\%$, taquicardia $> 90 \text{ bpm}$, taquipneia $> 20 \text{ ipm}$, ou algum dos critérios de disfunção orgânica: oligúria, hipotensão (PAS $< 90 \text{ mmHg}$ ou PAM $< 65 \text{ mmHg}$ ou queda $> 40 \text{ mmHg}$ dos níveis basais), rebaixamento do nível de consciência, dispneia ou dessaturação,

3ª Etapa - Definição do foco infeccioso, que pode ser: pneumonia/empiema, infecção urinária, infecção óssea/articular, infecção abdominal aguda, infecção de ferida operatória,

meningite, infecção de corrente sanguínea associada ao cateter, endocardite, pele e partes moles, sem foco definido ou outras infecções.

Após a identificação do paciente com suspeita de sepse os passos seguintes são registrar o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional. Todas as medidas devem ser tomadas a partir do momento da formulação da hipótese de sepse, todos os pacientes com protocolo de sepse abertos devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de otimizar o tempo para coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica. Deve-se também realizar anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica. Afim de que, pacientes com disfunção orgânica grave e/ou choque séptico, se já não estiverem, sejam alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, para garantir o suporte clínico necessário. Caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, será necessário garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que o mesmo se encontre.

Em seguida inicia-se o tratamento com pacote de uma (01) hora. Para todos os pacientes em que a equipe médica optou por dar seguimento ao protocolo. O pacote de uma (01) hora deve ser executado. O mesmo é composto dos seguintes itens:

1. Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.

2. Coleta de lactato arterial o mais rapidamente possível, mas dentro da primeira hora, que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, afim de se evitar resultado falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30 minutos.

3. Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos em até uma hora, conforme rotina específica do hospital, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido, urocultura) antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada.

4. Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse. A utilização de antimicrobianos deve seguir a orientação do serviço de controle de infecção hospitalar da instituição, que definirá com o corpo clínico local, as recomendações para o tratamento empírico, conforme o foco de infecção identificado e a característica da infecção, se comunitária, ou associada à assistência à saúde.

5. Princípios de farmacocinética e farmacodinâmica devem ser seguidos por todas as unidades da instituição. Todas as recomendações visando otimização da terapia antimicrobiana devem ser feitas com auxílio do farmacêutico e da enfermagem e, todos os produtos e equipamentos necessários devem estar amplamente disponíveis para todos os profissionais. As principais recomendações estão listadas abaixo.

- Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Embora seja discutível, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas. Isso é de suma importância para os antimicrobianos hidrofílicos, dado o aumento do volume de distribuição dos mesmos em decorrência da ressuscitação volêmica.

- Atentar para a diluição adequada, de forma a evitar incompatibilidade e concentração excessiva. Utilizar a infusão estendida de antibióticos betalactâmicos como piperacilina-tazobactam e meropenem, com exceção da primeira dose, que deve ser administrada, em bolus, o mais rápido possível.

- Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidrogas resistentes. Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico.

- Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade for conhecida; terapia combinada pode ser de-escalada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.

6. Para pacientes hipotensos (PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg ou, eventualmente, redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 ml/kg de cristaloides dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecção dos sinais de hipoperfusão. Embora classicamente não sejam considerados como parte do pacote de resuscitação, sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência. Coloides proteicos, albumina ou soro albuminado, podem fazer parte dessa reposição inicial. O uso de amidos está contraindicado, pois está associado a aumento da incidência de disfunção renal. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, considerando-se as condições clínicas de cada paciente. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Nos casos em que foi optado por não

realizar reposição volêmica, parcial ou integralmente, após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada necessita ser avaliado.

7. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central. O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina ou como estratégia poupadora de catecolaminas, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido. A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.

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

Após este processo faz-se reavaliação das seis horas. A reavaliação das seis horas deve ser feita em pacientes que se apresentem choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual. A continuidade do cuidado é importante, por isso entende-se que durante as seis primeiras horas o paciente deve ser reavaliado periodicamente. Para isso é importante o registro da reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual:

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

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

- Tempo de enchimento capilar
- Presença de livedo.
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese)

2. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível.

3. Idealmente, os pacientes com choque séptico devem ser monitorados com pressão arterial invasiva, enquanto estiverem em uso de vasopressor. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas, pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.

4. Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se deve usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha.

O atendimento ao paciente séptico nas primeiras 24 horas é de suma importância para um desfecho favorável. Entretanto, outras ações são necessárias para o sucesso pleno em termos de sobrevida hospitalar e reabilitação após a alta, com estabelecimento de uma linha de cuidado adequada, desde o momento da internação hospitalar ou do diagnóstico de sepse até o momento da alta. O paciente deve ser seguido e atendido de forma adequada durante toda a internação hospitalar. O atendimento multidisciplinar contribui para os desfechos favoráveis tanto dentro do hospital como após a alta. A enfermagem tem fundamental importância para a recuperação funcional, desde o momento do reconhecimento precoce até a alta hospitalar.

2. Implantação do Protocolo

Após a elaboração do protocolo procedeu-se a capacitação da equipe multiprofissional envolvida no processo, através de aulas teóricas e exposição de ilustrações para melhor absorção do conhecimento. A capacitação objetivou disseminar o conhecimento quanto a

todas as etapas do protocolo, sua implantação, público alvo, condução e acompanhamento, bem como, esclarecer sobre sua importância e os resultados esperados.

A efetiva implementação do protocolo de sepse ocorreu a partir de outubro de 2018 com o lançamento e divulgação de uma campanha, voltada para o assunto, com a finalidade de disseminar a informação e esclarecer todas as fases do processo. Foram realizadas capacitações com a equipe de enfermagem e equipe médica, demonstrando as fases de implantação, acompanhamento e avaliação do protocolo.

3. Monitoramento da adesão ao Protocolo

Para mensurar a adesão dos profissionais de saúde da unidade envolvidos no processo de implantação do protocolo de sepse, realizou-se uma pesquisa em prontuários e formulários do Pronto Socorro (P.S) e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no período de setembro/2018 e fevereiro/2019. O objetivo dessa busca foi verificar algumas informações que pudessem identificar se o processo estava sendo seguido ou não, possibilitando assim, mensurar a efetiva adesão ao protocolo pelos envolvidos nesse processo. Foram investigados no total 72 prontuários.

As variáveis investigadas nestes prontuários foram: presença de sinal de SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica); são eles: oligúria, hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, dispneia ou dessaturação; abertura de protocolo de sepse; abertura do protocolo em tempo hábil; cumprimento das etapas do protocolo; preenchimento adequado de todos os campos do protocolo; e, realização do diagnóstico adequado.

Do total de prontuários avaliados, 27 formulários estavam completamente preenchidos (37,5%), 31 apresentaram falhas no preenchimento (43,3%), 02 possuíam falhas relacionadas ao tratamento do paciente (2,7%) e 02 falhas relacionadas ao diagnóstico do paciente (2,7%). Foram encontrados 10 pacientes (13,8%) que apresentaram algum sinal de SIRS e que não tiveram o protocolo aberto.

Dentre os prontuários avaliados, observou-se que houve uma baixa adesão principalmente quanto a equipe médica que, apesar de conhecerem a importância da implementação desse protocolo, não tiveram uma boa adesão inicialmente. Dentre os vários motivos que possam explicar este fato, encontra-se a dificuldade no preenchimento dos papéis e formulários.

Notou-se que parte dos colaboradores não estavam completamente envolvidos no processo de implantação do protocolo, uma vez que os formulários não estavam sendo corretamente preenchidos e informações importantes destes estavam sem a devida anotação.

4. Realização de Plano de Ação

Visando à melhoria da adesão ao protocolo de sepse na unidade, a equipe responsável adotou estratégias. Dentre elas, utilizou-se da ferramenta 5W2H para construção do plano de ação. Este método visa trazer maior clareza e objetividade para a realização das atividades propostas.

Esta ferramenta é utilizada para o planejamento das ações desenvolvidas e aprimoradas durante a execução do trabalho, identificando ações e a responsabilidade de cada colaborador na execução dos processos. Serve também para identificar as decisões de cada fase do processo. Para fazer uso da mesma é preciso que o administrador determine e oriente em um grupo de pessoas as tarefas correspondentes a cada um no decorrer dos processos através dos questionamentos, What, Why, When, Where, Who How, How Much.

Segundo Gomes (2014), 5W2H é uma ferramenta para elaboração de planos de ação que, por sua simplicidade, objetividade e orientação à ação, tem sido muito utilizada em gestão de projetos, análise de negócios, elaboração de planos de negócio, planejamento estratégico e outros pontos importantes para o auxílio da gestão. Por ser uma ferramenta simples pode ser usada por empresas de diferentes tamanhos, que desejam registrar de maneira sistemática e ordenada suas ações e fluxos de trabalho, desde um simples agendamento de reunião até a execução de grandes projetos.

Dessa forma tem como função identificar as ações da empresa indicando o que irá executar e quem será responsável por isso. Com seus questionamentos é possível orientar as ações a serem executadas e/ou implementadas.

No plano de ação (Quadro 1) o item “how much” foi suprimido por entendermos que não haverá custos adicionais a instituição. Apenas os custos com os profissionais que já estão no quadro de colaboradores da unidade.

Quadro 1: Plano de ação para medidas de prevenção a sepse em uma unidade de urgências. Goiânia, GO, 2020.

O que (WHAT)	Quem (Who)	Quando (When)	Onde (Where)	Porque (Why)	Como (How)
Melhorar a adesão ao protocolo de sepse.	Equipe médica.	Agosto de 2020.	Auditório da unidade hospitalar	Para melhorar o processo, diagnóstico rápido e preciso.	Capacitação para a sensibilização da importância do protocolo e envolvimento do corpo clínico no processo.
Reduzir o tempo de liberação de exames.	Chefia do Laboratório e diretoria técnica.	Agosto a setembro de 2020.	Laboratório, demais unidades internas.	Para iniciar o tratamento o mais precoce possível.	Redesenhar o fluxo de realização dos exames dentro do laboratório. Capacitar toda a equipe e melhorar a comunicação entre a equipe do laboratório e os colaboradores das demais unidades. Realizar dimensionamento da equipe para avaliar se está suficiente. Realizar levantamento sobre a possibilidade de instalar sistema informatizado para liberar resultados de exames em tempo real.
Reduzir o tempo de coleta de exames para acompanhamento em até 04 horas.	Chefia do Laboratório/Chefia de enfermagem.	Setembro de 2020.	Laboratório e equipe de enfermagem.	Para melhorar o acompanhamento da evolução do caso.	Capacitação e treinamento para todos os profissionais envolvidos, sensibilizando sobre a importância da coleta em tempo hábil.

<p>Monitoramento da implantação efetiva do protocolo de sepse na unidade.</p>	<p>Coordenação de cada setor.</p>	<p>Agosto a dezembro de 2020.</p>	<p>Todas as unidades que realizam o protocolo de sepse.</p>	<p>Para reduzir a incidência de sepse na unidade, bem como mitigar sua gravidade.</p>	<p>Capacitação e treinamento para todos os profissionais envolvidos, sensibilizando sobre a importância do protocolo para a prevenção de sepse na unidade.</p> <p>Monitoramento dos indicadores de adesão ao protocolo e incidência de sepse na unidade.</p>
<p>Aprimorar o tempo de início de administração de antibióticoterapia em até 60 minutos.</p>	<p>Coordenação de Enfermagem.</p>	<p>Setembro de 2020.</p>	<p>Unidades que atendem pacientes com quadro de sepse dentro do hospital.</p>	<p>Para diminuir a carga bacteriana, viral e fúngica do paciente e ter melhor resposta ao tratamento.</p>	<p>Redesenhar o processo e qualificar a equipe de enfermagem. Discutir com a equipe quais as possíveis razões que estão impactando na não realização do tratamento em tempo hábil. Discutir a possibilidade de realizar novo dimensionamento da equipe ou nova organização/distribuição da equipe de enfermagem.</p>

CONCLUSÃO

O protocolo foi implantado com o objetivo de identificar e tratar precocemente os casos de sepse e choque séptico atendidos na unidade. Contempla os marcadores do Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS) e os resultados são analisados mensalmente por uma equipe multiprofissional, aplicando o plano de ação para melhoria contínua do processo.

A implementação do protocolo trouxe benefícios para a prática assistencial, agilidade para o atendimento e qualificação para a equipe. A discussão multidisciplinar dos resultados favorece a melhoria contínua do processo com base em melhores práticas. Ao longo da implementação do protocolo, foram vivenciadas dificuldades como o engajamento do corpo clínico, principalmente quanto a adesão ao preenchimento dos formulários inclusive pela equipe médica, o que dificultou o andamento e conclusão dos diagnósticos, impactando no tratamento precoce do paciente.

A criação de fluxos de priorização ao paciente séptico e disseminação do protocolo resultou na redução da mortalidade. Constata-se ainda desafios a serem superados, tais como a redução do tempo de liberação do resultado do pacote de sepse para 45 minutos, a redução do tempo de coleta do lactato para até 4 horas, a implementação sólida do protocolo nas unidades de internação e o aprimorar da administração de antibiótico em até 60 minutos. Estes desafios ainda existentes, reforçam para a necessidade de capacitações e treinamento contínuo com as equipes de trabalho, visando o estímulo a adesão ao protocolo de prevenção de sepse.

Espera-se que este trabalho contribua com toda a comunidade científica, bem como com os profissionais de saúde que atuam na assistência e nos serviços de controle de infecções hospitalares, uma vez que relata ações relevantes para a redução de sepse em uma unidade de urgências.

REFERÊNCIAS

- INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Relatório Nacional: Protocolos Gerenciados de Sepsis e Choque Séptico. São Paulo: ILAS; 2017.
- INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE (ILAS). Sepsis: um problema de saúde pública / Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepsis. Brasília: CFM, 2015.
- INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Roteiro de Implementação de Protocolo de Assistência Gerenciada de Sepsis. São Paulo: ILAS; 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias SAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- MEDEIROS, *et al*, Implementação de um protocolo clínico gerenciado de sepsis grave e choque séptico - Revista Qualidade HC. Ribeirão Preto, 2016.
- SANTOS, M.C.S. *et al*, Aspectos clínicos e procedência de pacientes sépticos atendidos em um hospital universitário, Acta paul. enferm. vol.32 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2019
- GOMES. O uso de ferramentas de gestão na elaboração do planejamento estratégico, 2014.
- SIMAN, CUNHA, BRITO. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital, Rev. esc. enferm. USP vol.51 - São Paulo, 2017.
- CARTEZANI, Uso do Protocolo de Gerenciamento de Sepsis na Unidade de Emergência Referenciada (UER) da Unicamp: seguimento do protocolo, dados demográficos, identificação de microrganismos e detecção de resistência bacteriana, 2019.
- SILVA, A.T. *et al*, Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, Brasília – DF 2013.
- OLIVEIRA, P. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro, 2012.