



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

SCARLAT NAYRA JESUS FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM SEPSE
EM UM PRONTO SOCORRO**

**BRASÍLIA – DF
2019**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
SCARLAT NAYRA JESUS FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM SEPSE
EM UM PRONTO SOCORRO**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Regina de Souza Hermann

**BRASÍLIA – DF
2019**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

FERREIRA, Scarlat Nayra Jesus

Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com sepse em um Pronto Socorro, 2019.
52p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2019.

Orientador: Prof.^a Dra. Paula Regina de Souza Hermann

1. Sepse 2. Pronto Socorro

I. FERREIRA, Scarlat Nayra Jesus II. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, curso de enfermagem. III. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com sepse em um Pronto Socorro.

FERREIRA, Scarlat Nayra Jesus

Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com sepse em um Pronto Socorro.

Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito de obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dra. Paula Regina de Souza Hermann
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Mestrando Breno de Sousa Santana
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Mestrando Bruno Côrte Santana
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

DEDICATÓRIA

A minha família que sempre me acompanhou e me apoiou na minha jornada acadêmica, em especial: minha mãe, minha tia e minha irmã.

AGRADECIMENTOS

Após cinco anos de muito aprendizado e dedicação, termino esse ciclo na minha vida. Com uma gratidão enorme por todas as pessoas que eu tive a oportunidade de conhecer na minha vida acadêmica. Em primeiro quero agradecer a Deus, agradeço a minha família em especial minha vó **Maria Lúcia**, já póstuma, que sempre me mostrou como a educação é importante para todos. A minha mãe, **Josilene**, e minha Tia, **Joselúcia**, que sempre me apoiaram e lutaram para que eu realizasse meus sonhos e minha irmã, **Sthella**, que sempre esteve ao meu lado. Aos professores e mestres que me possibilitaram o aprender de uma profissão tão nobre que é a enfermagem, em especial minha orientadora **Paula Hermann**, que tive como exemplo de profissional e por me permitir a realização desse trabalho em um tema tão importante. Aos meus amigos que conheci durante todo meu tempo de graduação, pois juntos nos aponhamos nos momentos difíceis e me possibilitaram diversos momentos de felicidades. Meu eterno agradecimento a todos.

RESUMO

FERREIRA, S.N.J. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com sepse em um Pronto Socorro. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2019. 52p

Introdução: A sepse afeta milhões de pessoas no mundo todo e mata 1 a cada 4 pacientes, representando um grave problema de saúde pública. E seu desenvolvimento no pronto socorro pode chegar a mais de 30 %. **Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com sepse em pronto socorro. **Metodologia:** Estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido nas salas vermelha e amarela que compõem um Pronto Socorro de um hospital público do Distrito Federal. Acompanhou o paciente desde sua internação no Pronto Socorro até seu desfecho hospitalar, durante os meses de dezembro a fevereiro de 2019. Contou com 30 pacientes. Os dados foram obtidos por meio de prontuário eletrônico utilizando o instrumento *SPREAD-ED*. Os dados foram analisados por meio do programa Epi Info. **Resultados:** Houve um predomínio do sexo masculino 66,6%, a média de idade dos sexos foi de 63,6±19,2 anos. O principal motivo de entrada foi acidente vascular encefálico em 13,3%. O tempo de espera médio no atendimento foi de 4,6 horas. O desfecho principal foi óbito em 66,6%. Se encontravam em cuidados de fim de vida 36,6%. O foco infeccioso com predomínio foi pulmonar em 50%. Em 50% a infecção foi comunitária. O primeiro antimicrobiano utilizado foi a penicilinas em 36,6%. O tempo médio de internação foi de 29,3±27,2dias. **Conclusão:** O perfil geral dos pacientes com sepse é do sexo masculino, idosos, que vieram provenientes de casa, com diversas comorbidades associadas como, diabetes e alcoolismo. O foco de infecção com maior ocorrência foi o pulmonar, com internação até o óbito.

Descritores: Epidemiologia, Sepse, Emergências.

ABSTRACT

FERREIRA, S.N.J. Epidemiological and clinical profile of sepsis in emergency room. Completion of course work. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2019. 52p

Introduction: Sepsis affect millions of people in the world and kills 1 in 4 patients, a serious public health problem. Its development in the emergency room can reach more than 30%.

Objective: To characterize the clinical and epidemiological profile of patients with sepsis in the emergency room. **Methodology:** Descriptive, prospective, quantitative study, developed in the red and yellow rooms that compose an Emergency Room of a public hospital of the Federal District. Follow-up with hospitalization in the Emergency Room until the hospital outcome, during the months of December to February 2019. It had 30 patients. The data were used to apply the *SPREAD-ED* instrument. The data were analyzed through the *Epi Info* program.

Results: A predominance of males was 66.6%; mean age of the sexes was 63.6 ± 19.2 years. The main reason for entry was stroke in 13.3%. The mean waiting time was not 4.6 hours. The main outcome was death in 66.6%. It was in end-of-life care 36.6%. The infectious focus with predominance was pulmonary in 50%. Inflation was 50% in the Community. The first antimicrobial used was a penicillin in 36.6%. The mean time of hospitalization was 29.3 ± 27.2 days. **Conclusion:** The general profile of patients with sepsis is male, elderly, who came from the house, with several associated comorbidities such as diabetes and alcoholism. The most frequent infection was pulmonary infection, with hospitalization to death.

Keywords: Epidemiology, Sepsis, Emergencies

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1 – Primeiro Consenso Internacional de Definições de Sepsis e Choque Séptico, 1992.....	17
QUADRO 2 – Segundo Consenso Internacional de Definições de Sepsis e Choque Séptico: Critérios Diagnósticos, 2001.....	18
QUADRO 3 - Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepsis e Choque Séptico, 2016.....	18

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Classificação dos antimicrobianos em classes/grupos.....	26
TABELA 2 – Peso das condições para cálculo do Índice de Charlson.....	26
TABELA 3 – Peso por período de idade.....	27
TABELA 4 – Caracterização dos pacientes (n=30) que chegaram com diagnóstico de sepse ou desenvolveram sepse durante internação no pronto socorro. Distrito Federal, 2019.....	28
TABELA 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com o Índice de Comorbidade de Charlson. Brasília (DF), Brasil, 2019.....	30
TABELA 6 - Distribuição dos sinais vitais nas primeiras 6 horas do diagnóstico de sepse, n (30). Distrito Federal, 2019.....	30
TABELA 7 - Disfunção orgânica, nas primeiras 6 horas antes do diagnóstico de sepse, Distrito Federal, 2019.....	31
TABELA 8 - Disfunção dos Sistemas Orgânicas de acordo com o <i>SOFA</i> . Distrito Federal, 2019.....	32
TABELA 9 - Distribuição dos pacientes (n=30) de acordo com o foco infeccioso. Distrito Federal, 2019.....	33
TABELA 10 – Distribuição dos pacientes (n=28) de acordo com o tipo de infecção. Distrito Federal, 2019.....	33
TABELA 11 – Distribuição dos pacientes (=15) pelo uso de ventilação mecânica nas 24 horas do diagnóstico de sepse (modo, PEEP e FIO ₂). Distrito Federal, 2019.....	33
Tabela 12 - Distribuição dos primeiros antimicrobianos utilizados no pronto socorro n (30). Distrito Federal, 2019.....	34
Tabela 13 - Transferência dos pacientes para UTI nas primeiras 24 horas do diagnóstico de sepse. Distrito Federal, 2019.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCP - *American College of Chest Physicians*

AVE- Acidente Vascular Encefálico.

DF - Distrito Federal

DM- Diabetes Mellitus.

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

DRC- Doença Renal Crônica.

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde

FIO₂ – Fração de Oxigênio Inspirado

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva

ILAS – Instituto Latino Americano de Sepsis

IRAS- Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

IVP- Insuficiência Venosa Periférica

PEEP- Pressão Expiratória Positiva Final.

PS – Pronto Socorro

qSOFA – *Quick Sequential Organ Failure Assessment*

SCCM - *Society Critical Care Medicine*

SDRA - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo

SOFA - Sequential Organ Failure Assessment

SRIS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivo Geral.....	16
2.2. Objetivos Específicos.....	16
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de pesquisa.....	24
4.2 Local de estudo.....	24
4.3 Critérios de inclusão.....	24
4.4 Critérios de exclusão.....	24
4.5 População/amostra.....	24
4.6 Período de coleta de dados	24
4.7 Protocolo de Coleta de Dados.....	24
4.8 Conceitos adotados.....	25
4.9 Análise de Dados.....	27
4.10 Aspectos éticos e legais.....	27
5. RESULTADOS.....	28
6. DISCUSSÃO.....	36
7. CONCLUSÃO.....	40
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	45
ANEXO A – Certificado de apresentação do trabalho no congresso.....	46
ANEXO B – SPREAD ED.....	47

1. INTRODUÇÃO:

A sepse afeta milhões de pessoas no mundo todo e mata 1 em 4 pacientes, portanto seu reconhecimento precoce deve ser considerado uma prioridade. Dados nacionais apontam mais de 52 mil pacientes com esse agravo, entre os anos de 2005 e 2016, em 134 hospitais públicos e privados distribuídos em todas as regiões do Brasil (ILAS, 2017). Representa um grave problema de saúde pública não só no Brasil, mas no mundo, números estimados apontam 17 milhões de novos casos anualmente, sendo que é considerada a principal causa de morte não cardiológica nas unidades de terapia intensivas (UTI) (ILAS, 2015).

A sepse, é uma “disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção” (ILAS, 2017), essa condição tem evolução rápida com repercussões negativas para os doentes, sendo que a principal evolução é o choque séptico, que pode levar a falência de múltiplos órgãos e até a morte (ILAS, 2017). Essa condição clínica é frequente nos Prontos socorros ou pode afetar o paciente durante sua internação nesse mesmo local.

O Pronto Socorro (PS) é um local físico dentro de uma unidade hospitalar, que tem como objetivo prestar assistência às pessoas, que necessitam de atendimento imediato, que estão em estado de urgência ou emergência, funcionando 24 horas por dia. Sendo o local que na maioria das vezes é a porta de entrada para os pacientes terem acesso a um hospital, por isso a dimensão e a variedade de doentes que abordam a esse local é imensa (BRASIL, 1987).

O atendimento de urgência e emergência tem um papel crucial na saúde pública, evitando ao máximo maiores agravos nesses pacientes que já chegam necessitando de atendimento imediato, por isso são necessários elementos importantes para que esse setor consiga concretizar seu objetivo, como por exemplo: equipes multiprofissionais, protocolos de atendimento, estrutura adequada, equipamentos e materiais, o que, às vezes, é um problema na saúde pública (SILVA et al., 2010).

Conforme relatório do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), de 2005 a 2016 foram contabilizados 52.045 pacientes com sepse, representando uma incidência de 64,8%. Sendo que em relação aos locais de tratamento de pacientes com sepse os tratados no pronto socorro representam 80,6%. Em relação ao local de desenvolvimento de sepse e choque séptico, 33,6% foram no Pronto socorro (ILAS, 2017).

Quanto a mortalidade por sepse em 2016 a taxa de foi 20,7% por sepse, sendo que essa mortalidade quando está relacionada a pacientes provenientes do Pronto Socorro aumenta para 24,8% dos pacientes com sepse ou choque séptico (ILAS, 2017).

Essa alta taxa de mortalidade pode estar relacionada a aumento da incidência de sepse, aumento da expectativa de vida, aumento do número de pessoas com imunossupressão, a multirresistência bacteriana também é um fator relevante, pois dificulta o tratamento, é também considerada umas das poucas doenças democráticas atingindo pessoas em todos os locais, de todas as idades, com muito ou pouco recursos financeiros (VIANA et al 2017).

A sepse se inicia com uma infecção local no organismo, segundo o relatório do ILAS (2017), o local com maior incidência é o: pulmão, seguido do trato urinário e abdominal, com 52,4%; 17,5%; 14,2% respectivamente. Descobrir o foco infeccioso no começo permite um tratamento mais adequado e direcionado, principalmente em relação a antibióticoterapia.

Qualquer agente infeccioso pode causar a sepse, como bactérias, fungos e vírus, sendo que os bacilos gram-negativos têm uma maior prevalência, seguido por gram-positivas e fungos (ILAS, 2015).

A sepse não possui sinais e sintomas específicos, pode apresentar taquicardia, febre e leucocitose, que são alterações comuns a outras doenças por isso sua identificação é tardia o que piora o quadro do paciente (VIANA et al, 2017). Por isso uma equipe multiprofissional treinada e atualizada é tão importante, pois se a intervenção não ocorrer rapidamente, a sepse pode evoluir para o choque séptico, o que aumenta a possibilidade de morte (BRITO, 2010).

A equipe de enfermagem é o conjunto de profissionais de saúde que está mais próximo do paciente, por isso esses devem saber identificar os sinais e sintomas nos pacientes. Protocolos e *check list* podem facilitar a identificação e ajudar no rápido diagnóstico de sepse que é a base do tratamento (VIANA et al, 2017).

O tratamento da sepse consiste no pacote de 1 hora, que deve ser iniciada assim que se tem suspeita da doença, esse tratamento é o mesmo para pacientes adultos no Pronto Socorro, unidades de internação e UTI (ILAS, 2018). Esse tratamento por meio de pacotes foi instituído por meio da Campanha Sobrevivendo a Sepse, que tentou melhorar o desempenho do tratamento e diminuir a mortalidade (LEVY, 2010).

A sepse pode causar diversas disfunções no organismo, por isso preveni-la é muito importante. Essa prevenção vai desde os profissionais de saúde até o público leigo para que os

sinais e sintomas sejam reconhecidos o mais rapidamente e uma equipe multidisciplinar possa atender esse paciente usando de técnicas assépticas e de biossegurança e seguindo o pacote de tratamento (ILAS, 2015).

Visto as altas taxas mortalidade é necessário que os profissionais de saúde de todos os níveis da atenção à saúde tenham acesso a informação sobre a sepse, desde as unidades básicas de saúde até a UTI (ILAS,2015).

Mesmo com todos esses dados e gravidade a sepse ainda é pouco conhecida por profissionais da saúde e leigos (VIANA et al, 2017). Por isso o ILAS, no Brasil, tem o objetivo de divulgar e descobrir sobre a sepse e contribuir para a diminuição da mortalidade e incidência da sepse (ILAS,2015).

Com altas taxas de mortalidade a sepse tem estudos sobre dados epidemiológicos no Brasil, só que esses estudos são realizados em UTI, já em relação ao PS esses dados são escassos, e isso dificulta a rápida identificação desse paciente, pois não se conhece o paciente que tem sepse que chega no Pronto Socorro ou que desenvolve sepse enquanto está internado nesse local.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo Geral:

Caracterizar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com sepse em unidade de Pronto Socorro.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar o tipo de infecção relacionado a sepse em pacientes em Pronto Socorro.
- Identificar os escores qSOFA e SOFA dos pacientes com sepse em Pronto Socorro.
- Identificar o desfecho dos pacientes com sepse em Pronto Socorro.

3. REFERENCIAL TEORICO:

O termo sepse é antigo em nossa sociedade nos anos 700 a.C. Homero já citava em seus poemas esse termo em grego, *sêpsis*, que nessa mesma época significava putrefação (ILAS, 2015). Mesmo que o termo sepse seja antigo, seu significado e entendimento sofreram diversas modificações com o passar dos séculos, por isso foi necessário a criação de um conceito universal para que facilite a prevenção, diagnóstico clínico e tratamento precoce para evitar altas taxas de mortalidade.

Mesmo sendo conhecida a séculos, só em 1992, que duas sociedades internacionais se uniram para padronizar o conceito de sepse, são elas: *Society Critical Care Medicine* (SCCM) e o *American College of Chest Physicians* (ACCP), nesse ano então foi lançada a primeira nomenclatura (Quadro 1) que definia a sepse em estágios desde o seu início até sua maior complicação o choque séptico (ILAS, 2015).

Quadro 1: Primeiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico, 1992.

Síndrome da resposta Inflamatória sistêmica (SRIS)	Presença de pelo menos 2 dos seguintes itens: a) temperatura central > 38,3° C ou < 36°C; b) frequência cardíaca > 90bpm; c) frequência respiratória > 20 rpm ou PaCO ₂ < 32 mmHg ou necessidade de ventilação mecânica; d) leucócitos totais > 12.000/mm ³ ou < 4.000/mm ³ ou presença de > 10% de formas jovens.
Sepse	SRIS secundária a processo infeccioso confirmado ou suspeito, sem necessidade da identificação do agente infeccioso.
Sepse grave	Presença dos critérios de sepse associada à disfunção orgânica ou sinais de hipoperfusão. Hipoperfusão e anormalidades da perfusão podem incluir, mas não estão limitadas a: hipotensão, hipoxemia, acidose láctica, oligúria e alteração aguda do estado mental.
Choque séptico	Estado de falência circulatória aguda caracterizada pela persistência de hipotensão arterial em paciente séptico, sendo hipotensão definida como pressão arterial sistólica < 90 mmHg, redução de > 40 mmHg da linha de base, ou pressão arterial média < 60 mmHg, a despeito de adequada reposição volêmica, com necessidade de vasopressores, na ausência de outras causas de hipotensão.

Fonte: ILAS, 2015

No entanto, essa nomenclatura foi alvo de diversas críticas, pois era muito específico, já que dependendo do paciente ele não apresentava esses sinais e sintomas, e a diferença entre os estágios não era tão explícita o que no cotidiano da clínica dificultava ainda mais o diagnóstico e tratamento precoce que são a bases para a recuperação desses indivíduos. Por isso em 2001, essas sociedades se reuniram novamente para revisar essas definições, principalmente

em relação aos sinais e sintomas que não eram claros no consenso anterior, esses novos critérios são voltados para o auxílio no diagnóstico apresentando manifestações clínicas mais comuns em pacientes sépticos, essa classificação (Quadro 2) também se beneficiou do avanço no conhecimento sobre a sepse, principalmente sobre a sua fisiopatologia (ILAS, 2015).

Quadro 2: Segundo Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico: Critérios Diagnósticos, 2001.

<p>Infecção documentada ou suspeita e alguns dos seguintes:</p> <p>Variáveis gerais Febre e hipotermia Taquicardia Taquipneia Alteração do estado mental Edema ou balanço hídrico positivo Hiperglicemia</p> <p>Variáveis inflamatórias Leucocitose, leucopenia ou desvio a esquerda Elevação de procalcitonina ou proteína C reativa</p> <p>Variáveis hemodinâmicas Hipotensão arterial Saturação venosa baixa Débito cardíaco aumentado</p> <p>Variáveis de disfunção orgânica Hipoxemia Redução do débito urinário ou elevação creatinina Alteração da coagulação ou plaquetopenia Intolerância dieta (alteração da motilidade intestinal) Alteração da função hepática (aumento de bilirrubinas)</p> <p>Variáveis de perfusão tecidual Hiperlactatemia Diminuição de enchimento capilar ou livedos</p>
--

Fonte: ILAS, 2015

Entretanto, até essa época ainda se usavam os termos que foram apresentados no primeiro consenso internacional, de 1992, então as organizações internacionais realizaram reuniões durante os anos de 2014 e 2015, com especialistas e por meio de diversas votações, juntamente com toda a evolução sobre a fisiopatologia e a manifestação da sepse (KITADAI, 2016). Finalmente no ano de 2016, foi apresentado o Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse (Quadro 3), nesse consenso alguns termos foram extintos como sepse grave e a síndrome da resposta inflamatória sistêmica.

Quadro 3: Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico, 2016.

Infecção sem disfunção	Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Sepse	Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.

Choque séptico	Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM ≤ 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.
-----------------------	---

Fonte: VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira 2017

Esse consenso também trouxe o Score *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)*, que pode ser usada na clínica para verificar disfunção dos sistemas orgânicos, como: respiratório, hepático, cardiovascular, renal, neurológico. Para auxílio na clínica, também foi proposto outro Score o *Quick SOFA*, que pode ser usado com mais praticidade pois não são necessários exames laboratoriais e só leva em consideração 3 variáveis: frequência respiratória (≥ 22 /min), alteração do nível de consciência e pressão arterial sistólica (≤ 100 mmHg), com esse score é possível identificar pacientes com suspeita de sepse e assim tomar as atitudes necessárias, mas o uso desse score ainda está em estudo o que requer cuidado com sua utilização (KITADAI, 2016).

Os pacientes com sepse evoluem rápido para piora do quadro o que pode levar a falência múltipla dos órgãos, por isso o tratamento precoce é imprescindível para melhora do quadro. Assim como no caso da definição do conceito de sepse, diversas organizações e sociedades internacionais, como por exemplo: Instituto Latino Americano para Estudos da Sepse (ILAS), se reuniram para discutir e melhorar o tratamento de pacientes sépticos, e assim em 2004 eles lançaram a Campanha de Sobrevivência à Sepse, que foram revistas em 2008, 2012 e 2016 (ILAS, 2017).

Essa campanha criou os pacotes de tratamento de sepse, que com o passar dos anos foram modificados inicialmente eram de seis e vinte quatro horas em 2017 os pacotes eram de três e seis horas, esses pacotes incluem um conjunto de práticas que auxiliam no tratamento e no diagnóstico. Para auxiliar no diagnóstico precoce pode se usar os Score *qSOFA* e *SOFA* (ILAS, 2017).

O pacote de três horas deve ser realizado nas primeiras três horas que o paciente tem a suspeita de sepse, esse pacote é composto por: coleta de exames laboratoriais para verificar disfunção orgânica (exemplo: hemograma completo); coletar lactato arterial; coletar hemoculturas de sítios diferentes; prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro; seguir princípios de farmacocinética e farmacodinâmica para otimizar a terapia medicamentosa; iniciar reposição volêmica em pacientes com sinais de hipoperfusão com cristalóide 30 ml/kg (ILAS, 2017).

O pacote de seis horas deve ser iniciado quando o paciente apresentar hiperlactatemia, hipotensão e sinais de hipoperfusão tecidual é composto por: uso de vasopressores tratar a

hiperlactatemia com o clareamento do lactato; reavaliação constante e contínua da ressuscitação volêmica; transfusão sanguínea se necessário; monitorar pressão arterial de modo invasivo; em casos de hipertensão os vasodilatadores de escolha são: nitroglicerina ou nitroprussiato (ILAS, 2017).

Os pacotes são a base do tratamento da sepse, por isso pesquisas e atualizações têm o objetivo de diminuir a mortalidade, no ano de 2018 foi lançado um novo pacote que condensa os pacotes de três e seis horas em um pacote de uma hora: medir o nível de lactato, hemoculturas, administrar antibióticos de amplo espectro, fluido intravenoso e vasopressores. Esse pacote tem o principal objetivo de iniciar as abordagens o mais rápido possível. O ILAS fez críticas em relação a esse pacote, pois é necessária uma continuidade no tratamento desse paciente não apenas na primeira hora, uma equipe multiprofissional deve estar atento a esse paciente para reavaliações que podem trazer mudanças no tratamento desse paciente (ILAS, 2018).

Por isso o ILAS no seu pacote de tratamento colocou uma reavaliação de 6 horas visto a importância de continuidade do cuidado nesses pacientes principalmente os que apresentam: choque séptico, hiperlactatemia e hipoperfusão tecidual (ILAS, 2018).

Como os sinais e sintomas da sepse não são tão específicos o reconhecimento tardio da sepse leva a um pior prognóstico, assim uma equipe multiprofissional que esteja atenta ao paciente é fundamental, principalmente a equipe de enfermagem que está mais próximo do doente e em ocasiões pode ser o primeiro profissional de saúde que uma pessoa tem acesso. Por isso a enfermagem ter conhecimento dos sinais e sintomas, da fisiopatologia, dos pacotes de tratamento, dos scores, permite uma identificação precoce e melhor tratamento desse doente (VIANNA, et al 2017).

A equipe de enfermagem tem que fornecer um cuidado adequado aos pacientes sépticos, principalmente em relação às necessidades humanas básicas que são as mais afetadas, o enfermeiro tem que organizar os seus cuidados de acordo com a evolução das necessidades, como por exemplo: coleta de exames laboratoriais, hemoculturas, providenciar acesso venoso calibroso para que inicie uma rápida reposição volêmica e antibióticoterapia, providenciar sonda vesical de demora para balanço hídrico fidedigno. Como enfermeiro, a criação de *check list* para avaliação dos sinais vitais e protocolos para a equipe de enfermagem são essenciais para uma constante avaliação e reavaliação desses pacientes (VIANNA,2017). Por estar beira leito a alteração dos sinais vitais identificadas pela equipe de enfermagem devem ser prontamente relatadas para que possam ser investigadas e tratadas rapidamente, pois pequenas alterações podem indicar gravidade no estado geral do paciente (WESTPHAL, et al 2009).

Por isso atualizações constates para a equipe de enfermagem são obrigatórias para garantir um cuidado de enfermagem de alta qualidade (VIANNA, et al 2019).

Um estudo realizado em Belém entre 2017 e 2018, demonstrou a importância da instituição de protocolos, nesse estudo quando o protocolo de sepse era instituído o desfecho óbito foi de 1 (8,3%) enquanto nos casos que não havia protocolo a taxa de óbito foi de 31 (52,5%) (ROCHA et al, 2019). No estudo de Jost et al (2019), também traz que os protocolos são necessários, pois otimizam a identificação e o cuidado o que contribui para diminuir os custos em relação a internação, pois quanto mais rápido se é identificado e tratado menos tempo esse paciente passa internado e os custos são reduzidos.

Como a definição de sepse e choque séptico mudou recentemente a grande maioria dos artigos ainda usam o termo, sepse grave, que em 2016 foi excluída dos estágios da sepse.

Sendo o Brasil um país de dimensão continental, e tendo uma população miscigenada, as características de cada região variam, Farias (2013) traz que é necessário a realização de estudos em cada região do Brasil para dados mais fidedignos.

Esse estudo de Farias (2013) realizado no estado do Ceará em uma UTI de um hospital público que tinha o objetivo de traçar o perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico, traz que o foco infeccioso com maior incidência foi o pulmão com 82,6% dos casos, o estudo de Carvalho (2010) realizado em uma UTI em Uberlândia-MG, também traz que o foco principal é o foco pulmonar com 42% dos casos, e Zanon (2008) um estudo realizado no Rio Grande do Sul também realizado em uma UTI corrobora com esses dados apresentando como foco principal o pulmão com 71,7%.

Considerando que Farias (2013); Carvalho et al (2010); Zanon (2008); usam as definições sepse, sepse grave e choque séptico eles apresentaram como taxas de mortalidade 29,4%, 15,4% e 10,1%, respectivamente, apresentando semelhanças entre as taxas mesmo sendo de diferentes regiões no Brasil, diante disso é possível ver a importância de se estudar essa doença, pois é uma das principais causas de morte nas UTI em todo mundo (JÚNIOR et al, 2016).

Um estudo de Júnior et al (2016), realizado em 75 UTIs de hospitais públicos e privados de todas as regiões do Brasil apresentou dados por região o que permite um melhor entendimento da gravidade da sepse no território brasileiro, esse estudo utilizou as definições do Consenso Internacional de 1992, a mortalidade na região sudeste por sepse foi 21%, região sul 21,4%, nordeste, norte e centro oeste 55,4%, sendo que a mortalidade aumenta quando o paciente evolui para o choque séptico chegando a quase 50% na maioria das regiões do Brasil.

Nesse estudo assim como no Farias (2013); Carvalho (2010); Zanon (2008); o foco de infecção inicial foi o pulmão com 69%.

Com o objetivo de traçar um perfil epidemiológico de pacientes com sepse e choque séptico nas emergências brasileiras o ILAS com a colaboração de outras instituições internacionais lançou o estudo *Sepsis Prevalence Assessment Database in Emergency Department (SPREAD-ED)*, que foi feito para descobrir a prevalência e mortalidade de sepse nas emergências brasileiras visto que os outros estudos se concentraram nas UTIs, que está em fase de análise estatística.

A fisiopatologia da sepse depende de diversos fatores, mas tudo começa com uma infecção local, causada por um agente infeccioso (bactérias, fungos ou vírus) que invade o hospedeiro, essa invasão gera uma resposta de defesa primária do nosso organismo que são células fagocitárias, como por exemplo: macrófagos. Alguns agentes infecciosos como as bactérias, tem componentes em suas paredes que podem desencadear uma cascata de inflamação que libera mediadores pró-inflamatórios, como: fator de necrose tumoral, interleucinas, fator de ativação plaquetário, afim de combater o invasor e recuperar o tecido afetado (PEREIRA JÚNIOR, et al; 1998).

Juntamente com os mediadores pró-inflamatórios para manter o antígeno no local também são liberados mediadores da cascata de coagulação, como o fibrinogênio, que forma um coágulo para conter o antígeno os equilíbrios entre todos esses fatores mantem a resposta inflamatória no local da infecção (BRITO, 2010).

Em alguns casos, que depende de diversos fatores como: idade, imunossupressão, fatores genéticos, doenças crônicas, câncer, patógeno; pode ocorrer um desequilíbrio o que pode levar a uma inflamação disseminada (BRITO, 2010). É importante ressaltar que nem sempre a infecção está em todo o organismo, mas pode gerar uma resposta inflamatória sistêmica na tentativa de combater o antígeno (ILAS, 2016). Essa desproporção provoca um aumento da permeabilidade capilar, vasodilatação, trombose na microcirculação, isso leva a extravasamento do volume sanguíneo para o espaço vascular, o que ocasiona hipovolemia que leva a hipotensão, esses dois fatores levam a diminuição do débito cardíaco. Todos esses fatores levam a diminuição da oferta de oxigênio, o que leva a hipóxia tecidual e gera disfunção de diversos órgãos, caracterizando a sepse (BRITO, 2010). Que é uma infecção que atinge todo o organismo por isso suas complicações são tão graves e sistêmicas.

No coração devido a hipotensão causada pela vasodilatação leva a diminuição do sangue que chega nos átrios e ventrículos o que gera diminuição do débito cardíaco, o coração pode

tentar compensar, mas a grande demanda metabólica que a sepse causa no organismo leva a uma depressão miocárdica, induzindo algumas vezes a achados como elevação de troponina, arritmias (VIANA et al, 2017).

Neurologicamente por causa da resposta inflamatória sistêmica pode ocorrer degeneração do axônio o que ocasiona disfunção motora e sensitiva, que pode ser expressada por fraqueza e atrofia muscular (VIANA et al, 2017). A sepse alterna em graus de nível de consciência, da confusão ao estupor ou coma, as interleucinas liberadas durante o processo inflamatório podem induzir a sonolência e confusão mental, quando encontrados em grande quantidade (KNOBEL, 2006).

É essencial que a enfermagem avalie o nível de consciência de pacientes sépticos principalmente idosos que são mais propensos a apresentar confusão (VIANA et al, 2017).

No pulmão a resposta inflamatória sistêmica pode levar a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), que é caracterizada por “infiltrado radiológico pulmonar bilateral”, que é definida pela relação pressão parcial de oxigênio e fração inspirada de oxigênio (PaO_2 / FiO_2), valores de 200-300 já indicam uma SDRA (VIANA et al, 2017; BARBAS, MATOS, 2011). A SDRA pode levar a necessidade do uso de ventilação mecânica, pois causa comprometimento das trocas gasosas, hipoxemia e dispneia (VIANA et al, 2017).

Por causa da vasodilatação, hipovolemia, diminuição do débito cardíaco e a hipóxia tecidual, o rim não consegue exercer seu papel corretamente levando a diminuição do débito urinário e aumento de excretas como creatinina e ureia. A sepse pode levar a lesão renal aguda pré-renal, por multifatores como, hipovolemia e hipotensão, e pode causar também lesão direta no rim causando necrose tubular aguda, por causa da hipóxia tecidual (VIANA et al, 2017).

Segundo Pereira et al (1998), quando se associa uma lesão renal a sepse ou choque séptico a mortalidade se eleva. Como a diminuição do débito urinário é um preditor de lesão renal é importante que a equipe de enfermagem atue por meio de uma mensuração fidedigna para auxiliar na detecção precoce de alguma disfunção renal (VIANA et al, 2017).

No sistema gastrointestinal a redução da oferta de oxigênio leva a diminuição dos ruídos hidroaéreos e diminuição dos movimentos peristálticos (BRITO, 2010). No sistema hepático as disfunções acontecem mais tardiamente com a evolução da doença, pois geralmente os hepatócitos conseguem manter o seu funcionamento normal (PEREIRA JUNIOR GA et al, 1998; VIANA et al, 2017).

Metabolicamente as principais disfunções são decorrentes de uma liberação exagerada de catecolaminas, que leva a hiperglicemia e hipertrigliceridemia, com a progressão da doença

as células do corpo não conseguem mais produzir energia a partir da glicose o que leva ao quadro de falência múltipla dos órgãos (BRITO, 2010).

Frente a todos as complicações, alta incidência e mortalidade é passível de ver a importância de uma equipe multiprofissional para atender esse paciente que necessita de atendimento imediato, diagnóstico e tratamento precoce.

4. METODOLOGIA:

4.1. Tipo de pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. O paciente foi acompanhado desde sua internação no Pronto Socorro até seu desfecho hospitalar, entre dezembro e fevereiro de 2019.

4.2. Local de estudo:

O estudo foi realizado na Sala Vermelha e Sala Amarela, do Pronto Socorro de um hospital público do Distrito Federal.

Segundo dados da Secretária de Saúde do Distrito Federal em 2014, foram realizados 297.901 atendimentos de emergências nesse hospital. A Sala amarela contém 6 leitos, e atende pacientes que necessitam de cuidados críticos e que não tem risco de morte. Enquanto a Sala Vermelha conta com 5 leitos e atende pacientes em situação de instabilidade hemodinâmica.

4.3. Critérios de inclusão:

- Idade \geq 18 anos;
- Ambos os sexos;
- Diagnóstico de sepse;
- Admissão na sala vermelha ou amarela do pronto socorro

4.4. Critérios de exclusão:

- Aqueles sem registro no prontuário eletrônico

4.5. População/amostra:

A amostra final foi composta por 30 pacientes, internados na Sala Amarela e Vermelha admitidos com diagnóstico de sepse ou que desenvolveram sepse durante a internação nessas salas.

4.6. Período de Coleta de Dados:

A coleta foi realizada durante os meses de dezembro a fevereiro de 2019.

4.7. Protocolo de Coleta de Dados:

- Etapa 1: Identificação dos pacientes elegíveis

Os dados foram coletados durante visitas da pesquisadora as Salas Vermelhas e Amarelas, três vezes na semana (segunda, quarta e sexta), o que permitia a rotatividade dos pacientes. Inicialmente era visto se os pacientes atendiam o critério de inclusão em

relação a idade, quando atendiam era então pedido a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- Etapa 2: Autorização de participação no estudo (TCLE)

As visitas da pesquisadora ocorriam durante o horário de visita familiar para que os responsáveis pudessem assinar o TCLE, pois nestas salas, os pacientes se encontravam em sua maioria impossibilitados de consentir, porque estavam sedados ou confusos.

- Etapa 3: Acesso ao prontuário eletrônico e exclusão

Depois de autorização por meio do TCLE, as informações eram obtidas a partir do prontuário eletrônico (sistema *Trackare*) do paciente, por meio das evoluções dos médicos, de enfermagem e fisioterapia. Nesse momento eram avaliados os outros critérios de inclusão e exclusão e definido quem faria parte da amostra final. Inicialmente eram 77 pacientes, excluídos os que não apresentaram diagnóstico de sepse e sem dados registrados no prontuário, a amostra final foi de 30 pacientes.

Os dados foram registrados em um instrumento chamado *SPREAD-ED* (ANEXO A), com algumas adequações para melhor se adaptar à realidade do local da coleta de dados. Devido à falta de registros no prontuário dos pacientes, algumas partes foram retiradas como: a coleta de lactato e tratamento da hipotensão nas primeiras 6 horas.

O instrumento foi desenvolvido pelo Instituto latino-americano de sepse, com o objetivo geral de traçar um perfil epidemiológico da sepse nas emergências brasileiras. Esse instrumento contempla dados demográficos (sexo, idade, peso, altura), triagem (*qSOFA*, classificação de risco,) clínico (classificação do evento séptico, disfunção orgânica, uso de antibiótico), evolução de 24 horas, comorbidades (Índice de Charlson), *SOFA*, desfecho (imediate, desfecho do paciente), destino do paciente, cuidados de fim de vida.

4.8. Conceitos adotados:

a. *qSOFA*:

Possui três variáveis: alteração do estado mental, frequência respiratória maior que 22 irpm e pressão arterial sistólica < 100 mmHg. Cada variável é um ponto no escore, pontuações maior ou igual a 2, podem indicar uma maior mortalidade ou permanência prolongada no hospital (PULS, 2016).

b. *SOFA*:

O Escore *Sequential Organ Failure Assessment* utilizado para diagnóstico de sepse, utilizando valores laboratoriais (plaquetas, creatinina, bilirrubina, PaO₂), hemodinâmico e neurológico. O escore varia de 0 a 4, e uma pontuação igual ou maior do que 2 representa disfunção orgânica.

c. Para padronizar os antimicrobianos esses foram divididos em classes/grupos.

Tabela 1 - Classificação dos antimicrobianos em classes/grupos.

Classes/Grupos	Antimicrobianos
Aminoglicosídeos	Amicacina; Gentamicina; Tobramicina
Anfenicóis	Cloranfenicol
Antifúngicos	Anfotericina B; Anidulafungina; Fluconazol; Miconazol; Voriconazol
Antiprotzoário	Metronidazol
Betalactâmicos	Imipenem/Cislatin
Carbapenêmicos	Ertapenem; Meropenem
Cefalosporina de 2º geração	Cefuroxima
Cefalosporina de 3º geração	Cefotaxima; Ceftazidime; Ceftriaxona; Ceftazidima-avibactam;
Cefalosporina de 4º geração	Cefepime
Cefalosporina de 5º geração	Ceftarolina
Fluorquinolonas	Levofloxacina; Moxifloxacina
Glicopeptídeos	Teicoplanina; Vancomicina
Gliciliclinas	Tigeciclina
Lincosamidas	Clindamicina
Lipopeptídeos cíclicos	Daptomicina
Macrolídeos	Azitromicina; Claritromicina
Oxazolidinonas	Linezolida
Penicilinas	Ticarcilina/clavunato; Amoxicilina-clavunato; Ampicilina-sulbactam; Caspofungina; Piperacilina/Tazobactam; Oxacilina
Polimixina	Polimixina B; Polimixina E
Quinolonas	Ciprofloxacino
Sulfonamidas	Sulfametoxazol e Trimetoprim

d. Índice de comorbidades de Charlson:

Para calcular esse índice, atribuem-se pesos (0,1,2,3,6) a 19 condições clínicas predeterminadas, e isso se combina com idade, que de acordo com o período de 10 anos ganha pontuações específicas.

Tabela 2 - Peso das condições para cálculo do Índice de Charlson

Peso	Condições Clínicas	
1	Infarto do Miocárdio	Insuficiência Cardíaca Congestiva
	Doença Vascular Periférica	Demência
	Doença Cerebrovascular	Doença Pulmonar Crônica
	Doença do Tecido Conjuntivo	Úlcera
	Doença Crônica do fígado	Diabetes
2	Hemiplegia	Doença renal severa ou moderada

	Diabetes com complicação Leucemia	Tumor Linfoma
3	Doença hepática severa ou moderada	
6	Tumor Maligno Metastático	AIDS

Fonte: Charlson Comorbidity Index (CCI), 2019

Tabela 3 - Peso por período de idade

Peso	Período de Idade
0	< 50 Anos
1	50 – 59 Anos
2	60 – 69 Anos
3	70- 79 Anos
4	≤ 80 Anos

Fonte: Charlson Comorbidity Index (CCI), 2019

e. Cuidados de fim de vida:

Sinônimo de cuidados paliativos, são cuidados voltados não para a cura da doença, que por muitas vezes causa dor intensa, sofrimento emocional tornando a vida extremamente insuportável. Sendo assim o objetivo é propiciar uma qualidade de vida nos momentos finais (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Para adequação foi considerado o termo cuidado paliativo no prontuário eletrônico do paciente para definir se esse estaria em cuidados de fim de vida.

4.9. Análise de Dados:

Os dados coletados foram submetidos à codificação apropriada e digitados em banco de dados, mediante a elaboração de um dicionário (*code book*) na planilha do *EXCEL*. Em seguida foi exportado para o *Epi Inf* (versão 7), análise descritiva por meio de medidas resumo (frequências absoluta e relativa, média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, e percentil 25-75).

4.10. Aspectos éticos e legais:

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012, todos os familiares foram informados quanto a realização da pesquisa e acerca do TCLE. Todos os participantes foram informados sobre a liberdade do consentimento, sigilo, e a possibilidade da recusa e desistência da participação do mesmo.

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS), sob CAAE: 38324314.0.0000.5553.

5. RESULTADOS:

O estudo realizado na sala vermelha e amarela do pronto socorro de hospital público, totalizando 11 leitos. A amostra analisada compôs-se de 30 pacientes com diagnóstico de sepse na admissão ou que apresentaram esse agravo no período de hospitalização nas unidades supracitadas. A idade média dos pacientes foi de 63 ± 12 anos. Houve predomínio do sexo masculino (66,6%), (Tabela 4).

Nos prontuários da maioria (93,4%) dos participantes do estudo não há registro do acolhimento e classificação de risco. A média de tempo de espera para o atendimento médico foi prolongado de $4,6\pm 2$ horas (Tabela 4).

A procedência da maioria dos pacientes 76,6% foi do próprio domicílio. O tipo de internação foram predominantemente clínica 76,6% e os motivos de admissão diversos com destaque para o acidente vascular encefálico 13,3%, choque hipovolêmico 10% e sepse em 6,6%. Diabetes Melitus foi a comorbidade de maior ocorrência 36,6% seguido de alcoolismo 16,6%. A média do tempo de internação variou de $29,3\pm 27,2$ dias. O desfecho predominante foi óbito em 66,6% dos pacientes durante a internação e, desses 36,67% estavam em cuidados de fim de vida (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização demográfica e clínica dos pacientes (n=30) que chegaram com diagnóstico de sepse ou desenvolveram sepse durante internação no pronto socorro. Distrito Federal, 2019.

Características	n (%)
Sexo	
Masculino	20 (66,6%)
Feminino	10 (33,3%)
Idade^a	63 ± 12
Procedência	
Residência	23 (76,6%)
Outra instituição de saúde	7 (23,3%)
Comorbidade	
Neoplasia	2 (6,6%)
Outras Imunossupressões	1 (3,%)
ICC	4 (13,3%)
DPOC	1 (3,3%)
DM	11 (36,6%)
Alcoolismo	5 (16,6%)
Nenhuma	9 (30%)
Acolhimento e classificação de risco	
Sem registro	28 (93,4%)
Manchester laranja-muito urgente	1 (3,3%)
Manchester vermelho – emergência	1 (3,3%)
Motivo da Internação	
AVE	4(13,3%)

Trauma	2 (6,6%)
IAM	1 (3,3%)
Crise Convulsiva	1 (3,3%)
Choque hipovolêmico	3 (10%)
Intoxicação por opioides	1 (3,3%)
Abstinência alcoólica	1 (3,3%)
Evisceração de hérnia umbilical	1 (3,3%)
Dispneia	1 (3,3%)
Hiperglicemia	1 (3,3%)
Edema agudo de pulmão	1 (3,3%)
Pé diabético necrosado	1 (3,3%)
Sepse	2 (6,6%)
Distensão abdominal	1 (3,3%)
IVP	1 (3,3%)
Pancreatite	1 (3,3%)
Osteomielite	1 (3,3%)
Desidratação	1 (3,3%)
DPOC descompensado	1 (3,3%)
Hematêmese	1 (3,3%)
DRC	1 (3,3%)
Hiporexia	1 (3,3%)
Internação	
Clínica	23 (76,6%)
Cirúrgica	05 (16,6%)
Trauma	02 (6,6%)
Desfecho	
Óbito	20 (66,6%)
Alta	10 (33,3%)
Cuidados de fim de vida	11 (36,6%)
Tempo de internação	29,3±27,2

a. média e desvio padrão. ICC- insuficiência cardíaca congestiva. AVE- acidente vascular encefálico. IVP- insuficiência venosa periférica. DPOC- doença pulmonar obstrutiva crônica. DRC- doença renal crônica. IAM- infarto agudo do miocárdio. DM- Diabetes mellitus.

A gravidade dos pacientes foi determinada pelo Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) e verificado que mais da metade dos participantes desse estudo estavam gravemente enfermos, (66,6%) com ICC maior que 3, Tabela 5.

Tabela 5- Distribuição dos pacientes de acordo com o Índice de Comorbidade de Charlson. Brasília (DF), Brasil, 2019

Índice de Comorbidade de Charlson	n(%)
0	5(18,5%)
1	3 (11,1%)
2	1(3,7%)
3	3(11,1%)
4	4(14,8%)
5	6 (22,2%)
6	5 (18,5%)

3 sem registro.

Nas primeiras 6 horas do diagnóstico de sepse observou-se a hipertermia (23,33%), taquicardia (50%) e leucocitose (63,3%), conforme tabela 6. O *qSOFA*, apesar de não ser útil como diagnóstico, pode ser uma ferramenta de triagem útil, assim pacientes com escore igual a 2 possuem um risco aumentado de pior desfecho, que nesse estudo foi quase metade dos participantes (46,7%), (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição dos sinais vitais nas primeiras 6 horas do diagnóstico de sepse, n (30). Distrito Federal, 2019.

Sinais Vitais	n (%)
Temperatura	
Hipertermia	7 (23,3%)
Hipotermia	1 (3,3%)
Sem informação	22 (73,3%)
Frequência Cardíaca	
Taquicardia	15 (50%)
Taquipneia	9 (30%)
Sem informação	6 (20%)
Leucócitos	
Leucocitose	19 (63,3%)
Leucopenia	0
Sem informação	11 (36,6%)
qSOFA	
Igual a 2	14 (46,7%)
Menor que 2	13 (43,3%)
Sem informação	3 (10%)

As disfunções orgânicas decorrentes de processo infeccioso, presentes em até 6 horas antes do momento do diagnóstico de quadro infeccioso foram PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg (46,6%), necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90 (36,6%), rebaixamento do nível de consciência (76,6%), diurese menor que 0,5mL/Kg/h nas últimas 2 horas (60%). Entretanto não teve alteração de bilirrubina, plaquetopenia, coagulopatia. Registro do lactato não foram localizados nos prontuários, Tabela 7.

Tabela 7- Disfunção orgânica, nas primeiras 6 horas antes do diagnóstico de sepse, Distrito Federal, 2019

Disfunção Orgânica	n(%)
Bilirrubina (> 2 mg/dL)	
Sim	3 (10%)
Não	14 (46,6%)
Sem informação	13 (43,3%)
Oxigênio	
PaO ₂ /FiO ₂ < 300	7 (23,3%)
Necessita O ₂ para SaO ₂ >90%	11(36,6%)

Sem informação	12 (40%)
Pressão Arterial	
PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg	14(46,6%)
Sem informação	16 (53,4%)
Rebaixamento de Nível de Consciência	
Sim	23 (76,6%)
Não	7(23,3%)
Rim (diurese < 0,5 ml/kg/h (2h))	
Sim	18 (60%)
Não	1(3,3%)
Sem informação	11(36,6%)
Contagem Plaquetas (<100.000mm³)	
Sim	4(13,3%)
Não	24 (80%)
Sem informação	2(6,6%)
Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA > 60 seg)	
Sim	8(26,6%)
Não	11(36,6%)
Sem informação	11(36,6%)

PAM: Pressão arterial média; PAS: Pressão arterial sistólica; PaO₂: pressão parcial de oxigênio; FiO₂: Fração inspirada de oxigênio; INR: tempo de protrombina; TTPA: tempo de tromboplastina parcial ativada.

Percentual expressivo de pacientes (90%) desenvolveram sepse durante internação no Pronto Socorro. O *SOFA* médio foi 6,2±3,9 (Tabela 8). Em apenas 13 (43,3%) as hemoculturas foram coletadas.

Tabela 8 - Disfunção dos Sistemas Orgânicas de acordo com o *SOFA*. Distrito Federal, 2019

Sistemas	n(%)
Neurológico	23 (76,7%)
ECG 15	7 (23,3%)
ECG 13-14	3 (10%)
ECG 10-12	5 (15,6%)
ECG 6-9	5 (15,6%)
ECG <6	10 (33,3%)
Respiratório	6 (19,8%)
PO ₂ /FIO ₂ > 400	11 (36,6%)
entre 301 - 400	2 (6,6%)
201- 300 ou < 200 sem VM	2 (6,6%)
101- 200 com VM	1 (3,3%)
< 100 com VM	1 (3,3%)
Não disponível	13 (43,3%)
Hemodinâmico	13 (43,2%)
PAM > 70	17 (56,6%)
PAM < 70	7 (23,3%)
Dopamina > 5 ou noradrenalina ou adrenalina <0.1	1 (3,3%)
Dopamina > 15 ou nora ou adrenalina > 0.1	5 (16,6%)
Hematológico	10 (33,2%)

> 150	19 (63,3%)
entre 101 - 150	8 (26,6%)
51 – 100	2 (6,6%)
Não disponível	1 (3,3%)
Hepático	10 (33,2%)
1.2 mg/dL	6 (20%)
Entre 1.2 - 1.9	5 (16,6%)
2.0 - 5.9	4 (13,3%)
6.0 - 11.9	1 (3,3%)
< 12.0	8 (26,6%)
Não disponível	6 (20%)
Renal	22 (73,1%)
1.2 mg/dL	8 (26,6%)
1.2 - 1.9	8 (26,6%)
2.0 - 3.4	8 (26,6%)
diurese < 500 mL/dl > 5.0 ou diurese < 200 mL/dia	5 (16,6%)
Não disponível	1 (3,3%)

PaO²: pressão parcial de oxigênio; FiO²: Fração inspirada de oxigênio; VM: ventilação mecânica; ECG: escala de coma de Glasgow; PAM: pressão arterial média.

Em relação ao foco de infecção teve predomínio o pulmonar (50%), seguido do abdominal (16,6%) (Tabela 9).

Tabela 9- Distribuição dos pacientes (n=30) de acordo com o foco infeccioso. Distrito Federal, 2019.

Foco	n (%)
Pulmonar	15 (50%)
Urinário	3 (10%)
Abdominal	5 (16,6%)
Pele/partes moles	3 (10%)
Sem foco definido	4 (13,3%)

Em relação aos tipos de infecção metade (50%) era infecção comunitária, e (43,3%) infecções relacionadas a assistência à saúde (Tabela 10).

Tabela 10- Distribuição dos pacientes (n=28) de acordo com o tipo de infecção. Distrito Federal, 2018-2019.

Tipo de Infecção	n (%)
Comunitária	15 (50%)
IRAS	13 (43, 3%)
Internação hospitalar > 48 horas	6 (46,1%)
Alta hospitalar a menos de 30 dias	6 (46,1%)
Pacientes que frequentam o hospital para dialise ou hospital dia	1 (7,6%)

IRAS- infecção relacionada a assistência à saúde. Nota: não foi possível a obtenção de todos os dados. 02 sem registro

A ventilação mecânica nas primeiras 24 horas do diagnóstico de sepse foi utilizada em metade (50%) e a indicação de terapia de substituição renal para (16,6%) dos casos sépticos. Em relação aos parâmetros ventilatórios predominou a FiO₂ entre 20 a 60% (66,6%) e PEEP maior que 5mmHg (92,8%), (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição dos pacientes (n=15) pelo uso de ventilação mecânica nas 24 horas do diagnóstico de sepse (modo, PEEP e FIO₂)

Ventilação mecânica	n(%)
Modo	
Controlado	13 (86,6%)
Assisto-controlado	2 (13,3%)
PEEP	
4	1 (6,6%)
5	1 (6,6%)
6	1 (6,6%)
7	1 (6,6%)
8	5 (33,3%)
9	1 (6,6%)
10	3 (20%)
11	1 (6,6%)
12	1 (6,6%)
FIO₂	
20 a 30	5 (33,3%)
35 a 60	5 (33,3%)
70 a 80	3 (20%)
100	1 (6,6%)

PEEP- pressão expiratória positiva final. FIO₂ – fração de oxigênio inspirado. Nota: alguns dados não foram obtidos.

O primeiro antimicrobiano de escolha foram as penicilinas (36,6%), seguido das Cefalosporina de 4^o geração (16,6%), (Tabela 12).

Tabela 12- Distribuição dos primeiros antimicrobianos utilizados no pronto socorro n (30). Distrito Federal, 2018-2019

Antimicrobiano	n (%)
Carbapenemas	4 (13,3%)
Cefalosporina de 3 ^o geração	1 (3,3%)
Cefalosporina de 4 ^o geração	5 (16,5%)
Cefalosporina de 5 ^o geração	2 (6,6%)
Fluorquinolonas	2 (6,6%)
Lincosamidas	1 (3,3%)
Penicilinas	11 (36,6%)
Quinolonas	3 (10%)
Nenhum	1 (3,3%)

No dia do diagnóstico de sepse foi solicitado vaga na UTI para maioria (56,6%) dos casos, desde apenas (6,6%) foram transferidos para a UTI no mesmo dia, para os demais não havia leito de cuidados intensivos disponível. Outros 20% foram transferidos em algum momento, após as primeiras 24 horas, para UTI, (Tabela 13). Ainda (43,3%) dos pacientes permaneceram no Pronto Socorro, (30%) foram transferidos para unidades regular de internação e (6,6%) foram transferidos para outra instituição de saúde.

Tabela 13- Transferência dos pacientes para UTI nas primeiras 24 horas do diagnóstico de sepse. Distrito Federal, 2019.

Desfecho imediato nas primeiras 24 horas	n (%)
Foi solicitado vaga na UTI	
Sim	17 (56,6%)
Não	13 (43,3%)
Foi transferido para a UTI nas primeiras 24 horas	
Sim	2 (6,67%)
Não	28(93,3%)
Porque o paciente não foi transferido	
Porque o óbito foi precoce (< 6 horas)	2 (6,67%)
Porque não havia vaga	16 (53,3%)
Paciente em cuidado de fim de vida	1 (3,3%)

UTI- unidade de terapia intensiva.

6. DISCUSSÃO:

A idade avançada dos pacientes encontrados nesse estudo é semelhante a encontrada em outros estudos de diferentes regiões do Brasil, como um estudo no Recife onde mais da metade dos pacientes tinham 65 anos de idade e outro estudo em São Paulo onde 64 % dos pacientes tinham uma faixa etária entre 75 e 90 anos. Nesses mesmos estudos o sexo masculino foi predominante, o que confere com esse estudo onde 66,6% eram homens (KOREY, LACERDA, NETO 2006; SANTOS, SOUZA, OLIVEIRA 2016). Importante ressaltar que esses estudos foram realizados em UTI, pois estudos com dados sobre pronto socorro são escassos.

A diferença das médias de idade entre os sexos nesse estudo também foi encontrada no estudo de Coimbra (2018), realizado em um serviço público de urgência e emergência, pois segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres apresentam uma maior taxa de expectativa de vida o que concentra suas internações em idades mais tardias.

As comorbidades que são mais comuns na população idosa, como doenças no sistema respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica), sistema cardiovascular (insuficiência cardíaca), sistema endócrino (diabetes mellitus) e neurológica (acidente vascular encefálico) indicam uma maior susceptibilidade para o desenvolvimento de agravos (SANTOS, SOUZA, OLIVEIRA 2016), como por exemplo o desenvolvimento de infecções que podem levar a sepse e choque séptico (COIMBRA, GARCIA, GUERRA, 2018). Essas características também foram encontradas entre os pacientes do presente estudo.

O alcoolismo que nesse estudo apareceu em segundo lugar entre as comorbidades é justificado pelo fato de existir uma predominância do sexo masculino entre os pacientes, e esses apresentam uma maior prevalência de tabagismo, alcoolismo e atos de violência (COIMBRA, GARCIA, GUERRA, 2018).

Nesse contexto é possível evidenciar que os idosos do sexo masculino, com comorbidades acumuladas são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sepse que leva ao aumento da taxa de mortalidade desse paciente (COIMBRA, GARCIA, GUERRA, 2018).

O motivo de internação foi clínico em um estudo realizado em São Paulo (2016), Recife (2006) e Rio de Janeiro (2018) o que corrobora com dados encontrados nesse estudo, visto a idade dos pacientes e o acúmulo de comorbidades que esses indivíduos apresentam (KOREY, LACERDA, NETO, 2006; SANTOS, SOUZA, OLIVEIRA, 2016; COIMBRA, GARCIA, GUERRA, 2018).

As altas mortalidades encontradas nesse estudo são similares com números encontrados em estudo no Brasil e outros países, com taxas em sua maioria maiores de 60%, por isso a sepse é considerada um grave problema de saúde no mundo (JÚNIOR et al, 2006)

Em relação aos sinais clínicos, um estudo realizado em uma UTI, identificou entres os predominantes: taquicardia e leucocitose (SANTOS, SOUZA, OLIVEIRA, 2016). E outro estudo também realizado em uma UTI, encontrou entre os sinais clínicos predominantes: taquicardia, hipertermia, leucocitose, assim como encontrado nesse estudo, mesmo sendo realizado no pronto socorro os sinais são similares por isso é importante que os profissionais de saúde dessas duas aéreas tenham conhecimento para que possam identificar precocemente que é a base para diminuição das altas taxas de mortalidade (FARIAS et al, 2013).

Nesse estudo o desenvolvimento de sepse no PS foi de 90% enquanto no relatório do ILAS (2017) foi de 50,5% por isso mais estudos voltados para as áreas de emergências são necessários para melhor visualização do desenvolvimento de sepse nesse local.

De acordo com o *SOFA*, o sistema orgânico com maior taxa de disfunção foi o neurológico, seguido do renal, como nesse dado não foi possível a obtenção em todos os pacientes, ele não condiz com outros estudos, e também pelo fato desses estudos se concentrarem em UTIs, onde os sistemas com maiores taxas são o respiratório seguido do cardiovascular (FARIAS et al, 2013). O *SOFA* médio no relatório do ILAS (2017), em hospitais públicos levando em consideração UTI, PS e enfermaria foi de $6 \pm 4,6$ e nesse estudo o *SOFA* médio foi similar $6,2 \pm 3,9$.

O índice de Charlson nesse estudo foi 5 em 20% dos pacientes, o que indica um alto risco em relação a gravidade dos pacientes.

A hemocultura orienta a terapia antimicrobiana, e quando aplicada precocemente mostra redução significativa na mortalidade (ARAÚJO, 2012) e está dentro do pacote de tratamento de 1 hora para a sepse e contrariando sua importância, nesse estudo a coleta só foi realizada em 13 (43,3%) pacientes, enquanto em um estudo realizado no Recife e outro estudo em um Hospital Universitário de Uberlândia, foram coletadas hemoculturas entre todos os pacientes, para pesquisa de bactérias e fungos (KOREY, LACERDA, NETO, 2006; CARVALHO et al, 2010;)

Em diversos estudos os antibióticos mais frequentes foram a cefalosporina de 3° e 4° geração seguido da vancomicina pois são antibióticos de amplo espectro (BARROS, 2016), já nesse estudo o primeiro antibiótico de escolha foram dos grupos das penicilinas, 36,6%, seguidos da cefalosporina de 4° geração, 16,5%.

O foco pulmonar é o mais frequente em relação ao desenvolvimento de sepse, segundo dados do ILAS (2017), de um estudo realizado entre os anos de 2005 e 2016, apresentando uma taxa em hospitais públicos de 55,8% taxa similar a encontrada nesse estudo que foi de 50%, seguido do abdominal com 16,6% assim como no estudo do ILAS que foi de 14,7%.

No estudo de Koury (2006) a infecção de origem comunitária foi a predominante em 61% dos casos enquanto no estudo de Carvalho et al (2010) e de Zanon (2008) a infecção relacionada a assistência a hospitalar foi a predominante, respectivamente 72% e 53,8%, todos esses estudos foram em UTI o que dificulta a comparação dos dados encontrados nesse estudo pois são do PS onde a infecção de origem comunitária foi predominante em 50% dos casos.

O uso de ventilação mecânica em pacientes sépticos deve ser usado de forma protetora para evitar o risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (ILAS, 2018). Em estudos o uso de ventilação mecânica foi predominante em pacientes sépticos, no estudo de Júnior et al (2006) a ventilação mecânica foi utilizada em 82,1% dos pacientes e no estudo de Zanon (2008) foi de 51%, sendo que esse último estudo foi similar ao encontrado nesse estudo que foi de 50%, mesmo sendo estudos realizados em UTI. O ILAS (2018) recomenda uma PEEP, menor que 15cmH₂O, e nesse em todos os casos a PEEP utilizada foi menor que o recomendado.

Um das recomendações para pacientes sépticos é que esses sejam transferidos para unidades de terapia intensiva, pois esses carecem de monitorização invasiva que é mais comuns nas unidades de terapias intensivas (ILAS, 2017), e nesse estudo apenas 6 (20%) pacientes foram em algum momento transferidos para a UTI, entre os motivos para a não transferência foram: a falta de vagas, óbito precoce (<6 horas) e pacientes em cuidados de fim de vida e alguns foram transferidos para unidade regular de internação 2 (6,6%).

Um estudo retrospectivo realizado no Distrito Federal (DF) com a população de 417 atendidos nas emergências da Rede Pública do DF em 2016, concluiu que uma espera maior que 48 horas para ter acesso a leitos de UTI, tem um impacto negativo nessa população e favorece a morbimortalidade dos pacientes com sepse (MOTA, MOURA, 2017) o que pode ser visto nesse estudo onde apenas 6 pacientes foram transferidos em algum momento para a UTI e a taxa de mortalidade foi de 60%.

Nesse mesmo estudo o tempo de internação hospitalar foi de 27,72±41,56 dias (MOTA, MOURA, 2017) semelhante a encontrada nesse estudo que foi de 29,3±27,2dias, com uma variação de 1 a 102 dias, esse tempo prolongado é devido as comorbidades, idade avançada e o próprio desenvolvimento de infecções que levam a sepse.

Algumas limitações foram encontradas durante a realização desse estudo, como a falta de dados laboratoriais para a realização do escore *SOFA*, e o próprio consentimento da família em assinar o TCLE. Esse estudo contribuiu para descrever melhor o perfil dos pacientes com sepse em um PS, principalmente o perfil epidemiológico de pacientes que desenvolveram essa condição clínica no período de internação nesse local.

7. CONCLUSÃO:

O perfil geral dos pacientes com sepse é do sexo masculino, idosos, que vieram provenientes do domicílio, com diversas comorbidades associadas como, diabetes e alcoolismo.

O foco de infecção com maior ocorrência foi o pulmonar, bem como a infecção adquiridas na comunidade. Os escores *qSOFA* possibilitou identificar o tempo prolongado de internação hospitalar desses pacientes. O escore *SOFA*, foi de difícil identificação pois nem todos os dados laboratoriais foram encontrados nos prontuários eletrônicos.

E a maioria desses pacientes permaneceu no Pronto Socorro até o desfecho final que foi o óbito em mais das metades dos casos, pelo fato de alguns pacientes se encontrarem em cuidados de fim de vida. Pacientes em cuidados de final de vida não foram transferidos para a UTI.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, Maria Rita Elmor de. Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados. **J Infect Control**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.8-19, 2012.

BARROS, Lea Lima dos Santos; MAIA, Cristiane do Socorro Ferraz; MONTEIRO, Marta Chagas. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 24, p.388-396, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia Básica em Saúde. 2º ed. Brasília, 1987.

BRITO, Camila Márcia de (Org.). Assistência de enfermagem ao paciente em sepse, sepse grave e choque séptico. In: CIANCIARULLO, Tamara et al (Coordenadora). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. São Paulo: Manole, 2010. Cap. 8. p. 169-196

CARVALHO, Renan Henrique de et al. Sepse grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberlândia, v. 5, n. 43, p.591-593, out. 2010.

COIMBRA, Bruno Vasconcelos; GARCIA, Caroline Campos; GUERRA, Thais de Rezende Bessa. Perfil de causa mortis em idosos internados em um serviço público de urgência e emergência: evidências clínicas. **Revista Científica da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.29-35, 2018. Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.24118/revsa1806.9495.3.2.2018.438>.

CRUZ, Leonardo Lopes; MACEDO, Cícero Cruz. Perfil Epidemiológico da Sepse em Hospital de Referência no Interior do Ceará. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Recife, n. 28, p.71-99, fev. 2016.

FARIAS, Lorena Landim et al. PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DE PACIENTES COM SEPSE, SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Rev. Saúde Públ**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p.50-60, set. 2013.

FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos; NASCIMENTO, Jorge Luiz do. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SEPSE: SABER E CUIDAR NA SISTEMATIZAÇÃO ASSISTENCIAL. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.45-55, dez. 2014.

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

ILAS. IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE. PROTOCOLO CLÍNICO: Atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico. Ago, 2018.

ILAS. NOVO BUNDLE DE 1 HORA: PRÓS E CONTRAS NA VISÃO DO INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. São Paulo. Maio. 2018

ILAS. Relatório Nacional: Implementação de protocolos gerenciados de sepse. São Paulo, SP, 2018.

INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE (Brasília). **Sepsis: um problema de saúde pública**. Brasília: CFM, 2015. 90 p.

JOST, Marielli Trevisan et al. Morbimortalidade e custo por internação dos pacientes com sepse no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, jan. 2019.

KNOBEL, Elias. *Condução do paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. V. 1.

KOURY, Joana Corrêa de A.; LACERDA, Heloísa Ramos; BARROS NETO, Alberto José de. Características da População com Sepsis em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Terciário e Privado da Cidade do Recife. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Recife, v. 18, n. 1, p.52-56, mar. 2006.

LOBO, Suzana Margareth et al. Mortalidade por sepse no Brasil em um cenário real: projeto UTIs Brasileiras. **Rev Bras Ter Intensiva**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 31, p.1-4, jan. 2019.

MOTA, Igor Santolini; MOURA, Frederico Caetano de. **TEMPO DE PERMANÊNCIA NO SETOR DE EMERGÊNCIA, NO AGUARDANDO DE LEITO DE UTI, IMPACTA NA MORBI-MORTALIDADE DE PACIENTES CRÍTICOS COM SEPSE?** 2017. 34 f. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, Brasília, 2017.

MOURA, Eliete Batista et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p.416-421, ago. 2007.

NOGUEIRA, Lilia de Souza et al. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E GRAVIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM UTIS PÚBLICAS E PRIVADAS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 1, n. 21, p.59-67, mar. 2012.

PEREIRA JUNIOR GA et al. Fisiopatologia da sepse e suas implicações terapêuticas. *Medicina*, Ribeirão Preto, 31: 349-362, jul. /set. 1998. Disponível em: <<http://files.lacmba.webnode.com>>.

ROCHA, Nina Pinto Monteiro et al. Impacto sobre a evolução de pacientes sépticos após implementação de um protocolo institucional de sepse em um hospital público em Belém-PA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Belém, v. 11, n. 3, p.1-10, jan. 2019

ROSA, Marcelo Ricardo et al. Análise da obra: Viana, Renata Andrea Pietro Pereira. Sepse: um problema de saúde pública - A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Santos, v. 18, p.1-4, jan. 2019.

SÁ, Liliane Alves; CARNEIRO, Irna Carla Rosário. Mortalidade por sepse em um hospital militar da região norte do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Pará, v. 13, n. 1, p.1589-1595, jul. 2018.

SALES JÚNIOR, João Andrade L. et al. Sepse Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepse em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.9-17, mar. 2006.

SANTOS, Alice Veras et al. Perfil epidemiológico da sepse em um hospital de urgência. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Teresina, p.19-30, mar. 2015.

SANTOS, Andréa Moura dos; SOUZA, Graziela Ramos B. de; OLIVEIRA, Acácia Maria Lima de. Sepse em adultos na unidade de terapia intensiva: características clínicas. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med**, São Paulo, p.3-7, 2016.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, Salvador, v. 3, n. 21, p.504-508, jun. 2008.

SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 12, p.571-577, set. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a23.htm>.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira. Sepsis, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. 2º ed. São Paulo: COREN-SP. São Paulo, 2017.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et al. Estratégia de detecção precoce e redução de mortalidade na sepsis grave. **Rev Bras Ter Intensiva**, Joinville, v. 2, n. 21, p.113-123, maio 2009.

ZANON, Fernando et al. Sepsis na Unidade de Terapia Intensiva: Etiologias, Fatores Prognósticos e Mortalidade. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, p.128-134, jun. 2008.

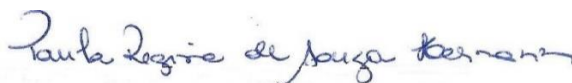
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: Perfil epidemiológico e clínico dos pacientes do pronto socorro. O objetivo desta pesquisa é caracterizar os pacientes segundo sexo, idade, aspectos relacionados a doença da internação, tempo de internação e como evoluiu durante a internação. As informações necessárias serão obtidas através dos registros do prontuário e, estes dados serão registrados em um formulário que será preenchido pelo pesquisador. Informamos que o (a) senhor (a) ou familiar responsável poderá recusar a participação a qualquer momento ou diante de qualquer situação que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa quando desejar sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Os resultados da pesquisa, com dados quantitativos, serão divulgados no Hospital de Ceilândia e na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas e congressos. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e/ou de seu familiar não aparecerão sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los (as). Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Não haverá interferência no atendimento recebido pela equipe do hospital.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Prof^a Dr(a) Paula Regina de Souza por meio do telefone (61) 982875267. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Nome / assinatura:



Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

ANEXO A – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO NO CONGRESSO

INTERNATIONAL SEPSIS FORUM
SEPSIS 2019
RIO MAY, 09 - 10

Organized by:
 Instituto Latino Americano de Sepse

CERTIFICATE

Scarlat Nayra Jesus Ferreira participou do Sepsis Rio 2019 realizado durante os dias 09 e 10 de Maio de 2019 no Windsor Barra Hotel na cidade do Rio de Janeiro – RJ, como **APRESENTADOR DE POSTER**, com o título:
Sepse em pacientes de pronto socorro: aspectos clínicos e desfecho.

Autor: Scarlat Nayra Jesus Ferreira
 Co-Autor(es): Paula Regina Souza Hermann

Mervyn Singer
 Mervyn Singer
 ISF president

Luciano Azevedo
 Luciano Azevedo
 ILAS president and congress chair

Derek Angus
 Derek Angus
 Congress chair

ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados: SPREAD-ED

Identificação do paciente: _____ **SES** _____

Dados do paciente:

Gênero: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

qSOFA:

OBS: Pacientes admitidos com sepse no PS - Considerar o momento da chegada na instituição. Pacientes que desenvolveram sepse quando estavam já internados no PS, considerar as últimas 6 horas antes do diagnóstico da sepse.

1. Rebaixamento do nível de consciência: () Não () Sim

2. O paciente apresentou frequência respiratória ≥ 22 rpm? () Sim () Não

3. Qual frequência respiratória mais elevada apresentada pelo paciente?

() 22 () 23 () 24 () 25 () 26 () 27 () 28 () 29 () 30 () 31 () 32 () 33 () 34 () 35 () 36
() 37 () 38 () 39 () 40 () 41 () 42 () 43 () 44 () 45 () 46 () 47 () 48 () 49 () 50

4. O paciente apresentou PAS ≤ 100 mmHg? () Não () Sim

5. Qual a menor PAS apresentada pelo paciente?

() 0 () 10 () 20 () 30 () 40 () 50 () 60 () 70 () 80 () 90 () 100

SCORE FINAL: _____

Ficha clínica SPREAD PS:

Dados de avaliação:

() **PACIENTE TIPO 1:** Paciente que chegou ao PS com sepse;

() **PACIENTE TIPO 2:** Paciente internado no PS por outro diagnóstico e que desenvolveu sepse durante a internação;

Paciente veio transferido de outra instituição? () Não () Sim Qual: _____

Data e hora da admissão no pronto socorro _____

Qual a data e hora do primeiro atendimento médico ao paciente na sua instituição?

Tempo entre porta e atendimento médico (em minutos): _____

Classificação de risco:

1. Classificação de risco: () Não utilizado classificação de risco () Manchester

2. Se utilizado Manchester, informar qual a classificação do paciente:

() Azul - não urgente () Verde - pouco urgente () Amarelo – urgente () Laranja - muito urgente () Vermelho - emergente

Dados da triagem:

1. Triagem realizada por qual profissional? () Médico () Enfermeiro () Téc. de enf.

2. Foram avaliados sinais vitais na triagem? () Não () Sim

3. Frequência cardíaca (bpm): _____ 4. Frequência respiratória (rpm): _____

5. Temperatura (T°C): _____ 6. Pressão arterial sistólica: _____

7. Pressão arterial diastólica: _____ 8. Saturação (%): _____ 9. Glasgow: _____

10. Você tem disponível a data e hora do início dos sintomas? () Sim () Não:

11. Data e hora do início dos sintomas: _____.

Atendimentos anteriores:

1. Você tem conhecimento se esse paciente procurou serviço de saúde anteriormente a essa internação por esse mesmo problema de saúde? () Não () Sim () Não sei
2. Quantas vezes o paciente procurou atendimento? () 1 () 2 () 3 () mais que 3 () não sei

Caracterização do evento séptico:

1. Qual o foco infeccioso principal?
 Pneumonia / Empiema Infecção urinária Infecção abdominal aguda Meningite
 Endocardite Pele / partes moles Infecção de prótese Infecção óssea / articular
 Infecção de ferida operatória Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter ()
 Sem foco definido Outras infecções

Considerar o motivo da internação do paciente, independente do diagnóstico da sepse ou do foco infeccioso. _____

2. Qual o tipo de internação? () Clínica () Cirúrgica
3. Qual o tipo de infecção? () Comunitária () Associada à assistência/hospitalar
4. Qual critério utilizado para definir infecção associada a assistência a saúde?
 Internação hospitalar superior a 48 horas Alta hospitalar a menos de 30 dias
 Pacientes provenientes de homecare ou hospitais de retaguarda
 Pacientes que frequentam o hospital para diálise ou hospital-dia

O paciente apresentava algum desses sinais e sintomas em até 6 horas antes do momento do diagnóstico de quadro infeccioso?

- Hipertermia > 38,3°C () Não () Sim Hipotermia < 36,0°C () Não () Sim
 Taquicardia > 90bpm () Não () Sim Taquipneia > 20 ipm () Não () Sim
 Leucocitose >12000 ou desvio esquerdo > 10% () Não () Sim Leucopenia < 4000 () Não () Sim

DISFUNÇÃO ORGÂNICA - Assinale todas as disfunções orgânicas decorrentes de processo infeccioso, presentes em até 6 horas antes do momento do diagnóstico de quadro infeccioso

- PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg () Sim () Não
 Relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90 () Sim () Não
 Rebaixamento do nível de consciência () Sim () Não
 Creatinina > 2,0 mg/dL ou diurese menor que 0,5mL/Kg/h nas últimas 2 horas () Sim () Não
 Bilirrubina > 2mg/dL () Sim () Não
 Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ () Sim () Não
 Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA > 60 seg) () Sim () Não

1. Data e hora do diagnóstico da sepse _____

Lactato, Hemoculturas e Antimicrobianos

Todas essas informações se referem ao dia do diagnóstico da sepse e não necessariamente ao dia do estudo.

1. O lactato foi mensurado após o diagnóstico da sepse: () Não () Sim
2. O paciente recebeu antimicrobiano endovenoso de largo espectro? () Sim () Não () O antimicrobiano foi iniciado antes deste evento de infecção/sepse e mantido
3. Data e hora da primeira dose administrada de antimicrobianos: _____
4. Qual o primeiro antimicrobiano administrado?

<input type="checkbox"/> Amicacina	<input type="checkbox"/> Amoxicilina-clavulanato	<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina-sulbactam
------------------------------------	--	-------------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Anfotericina B	<input type="checkbox"/> Anidulafungina	<input type="checkbox"/> Azitromicina	<input type="checkbox"/> Caspofungina
<input type="checkbox"/> Cefepime	<input type="checkbox"/> Cefotaxima	<input type="checkbox"/> Ceftarolina	<input type="checkbox"/> Ceftazidima- avibactam
<input type="checkbox"/> Ceftazidime	<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	<input type="checkbox"/> Cefuroxima	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina
<input type="checkbox"/> Claritromicina	<input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> Cloranfenicol	<input type="checkbox"/> Daptomicina
<input type="checkbox"/> Ertapenem	<input type="checkbox"/> Fluconazol	<input type="checkbox"/> Fosfomicina	<input type="checkbox"/> Gatifloxacina
<input type="checkbox"/> Gentamicina	<input type="checkbox"/> Imipenem/ Cilastin	<input type="checkbox"/> Levofloxacina	<input type="checkbox"/> Linezolida
<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol	<input type="checkbox"/> Micafungina	<input type="checkbox"/> Moxifloxacina
<input type="checkbox"/> Piperacilina/ Tazobactam	<input type="checkbox"/> Polimixina B	<input type="checkbox"/> Polimixina E	<input type="checkbox"/> Sulfametoxazol e trimetoprim
<input type="checkbox"/> Teicoplanina	<input type="checkbox"/> Ticarcilina/ clavunalato	<input type="checkbox"/> Tigeciclina	<input type="checkbox"/> Tobramicina
<input type="checkbox"/> Vancomicina	<input type="checkbox"/> Voriconazol	<input type="checkbox"/> outros antimicrobianos	

5. Qual o segundo antimicrobiano administrado?

<input type="checkbox"/> Amicacina	<input type="checkbox"/> Amoxicilina-clavulanato	<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina-sulbactam
<input type="checkbox"/> Anfotericina B	<input type="checkbox"/> Anidulafungina	<input type="checkbox"/> Azitromicina	<input type="checkbox"/> Caspofungina
<input type="checkbox"/> Cefepime	<input type="checkbox"/> Cefotaxima	<input type="checkbox"/> Ceftarolina	<input type="checkbox"/> Ceftazidima-avibactam
<input type="checkbox"/> Ceftazidime	<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	<input type="checkbox"/> Cefuroxima	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina
<input type="checkbox"/> Claritromicina	<input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> Cloranfenicol	<input type="checkbox"/> Daptomicina
<input type="checkbox"/> Ertapenem	<input type="checkbox"/> Fluconazol	<input type="checkbox"/> Fosfomicina	<input type="checkbox"/> Gatifloxacina
<input type="checkbox"/> Gentamicina	<input type="checkbox"/> Imipenem/ Cilastin	<input type="checkbox"/> Levofloxacina	<input type="checkbox"/> Linezolida
<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol	<input type="checkbox"/> Micafungina	<input type="checkbox"/> Moxifloxacina
<input type="checkbox"/> Piperacilina/ Tazobactam	<input type="checkbox"/> Polimixina B	<input type="checkbox"/> Polimixina E	<input type="checkbox"/> Sulfametoxazol e trimetoprim
<input type="checkbox"/> Teicoplanina	<input type="checkbox"/> Ticarcilina/ clavunalato	<input type="checkbox"/> Tigeciclina	<input type="checkbox"/> Tobramicina
<input type="checkbox"/> Vancomicina	<input type="checkbox"/> Voriconazol	<input type="checkbox"/> outros antimicrobianos	

6. Qual o terceiro antimicrobiano administrado?

<input type="checkbox"/> Amicacina	<input type="checkbox"/> Amoxicilina-clavulanato	<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Ampicilina- sulbactam
<input type="checkbox"/> Anfotericina B	<input type="checkbox"/> Anidulafungina	<input type="checkbox"/> Azitromicina	<input type="checkbox"/> Caspofungina
<input type="checkbox"/> Cefepime	<input type="checkbox"/> Cefotaxima	<input type="checkbox"/> Ceftarolina	<input type="checkbox"/> Ceftazidima- avibactam
<input type="checkbox"/> Ceftazidime	<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	<input type="checkbox"/> Cefuroxima	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina
<input type="checkbox"/> Claritromicina	<input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> Cloranfenicol	<input type="checkbox"/> Daptomicina
<input type="checkbox"/> Ertapenem	<input type="checkbox"/> Fluconazol	<input type="checkbox"/> Fosfomicina	<input type="checkbox"/> Gatifloxacina
<input type="checkbox"/> Gentamicina	<input type="checkbox"/> Imipenem/ Cilastin	<input type="checkbox"/> Levofloxacina	<input type="checkbox"/> Linezolida
<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> Metronidazol	<input type="checkbox"/> Micafungina	<input type="checkbox"/> Moxifloxacina

<input type="checkbox"/> Piperacilina/ Tazobactam	<input type="checkbox"/> Polimixina B	<input type="checkbox"/> Polimixina E	<input type="checkbox"/> Sulfametoxazol e trimetoprim
<input type="checkbox"/> Teicoplanina	<input type="checkbox"/> Ticarcilina/ clavunolato	<input type="checkbox"/> Tigeciclina	<input type="checkbox"/> Tobramicina
<input type="checkbox"/> Vancomicina	<input type="checkbox"/> Voriconazol	<input type="checkbox"/> outros antimicrobianos	

7. As hemoculturas foram coletadas? Não Sim

Evolução de 24 horas

- O paciente precisou de ventilação mecânica nas 24 horas após o diagnóstico de infecção?
 Sim Não PEEP: Modo: FIO₂:
- Houve necessidade de terapia de substituição renal nas primeiras 24 horas após o diagnóstico de infecção? Sim Não

Controle de foco infeccioso

(Considerar controle de foco: Realização de cirurgia para remoção ou debridamento do foco ou remoção de cateteres)

- Havia necessidade de controle de foco Não Sim
- O paciente recebeu adequado controle de foco nas primeiras 12 horas do diagnóstico da sepse?
 Sim Não

Comorbidades:

Índice de comorbidade de Charlson

- Qual faixa etária do paciente (anos completos)?
 0 - 49 anos 50 - 59 anos 60 - 69 anos
 70 - 79 anos 80 - 89 anos 90 - 99 anos
- O paciente apresenta alguma destas comorbidades
 Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica
 Doença cerebrovascular Demência Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Úlcera péptica Diabetes leve, sem complicação
 Paciente não apresenta **NENHUMA** das comorbidades listadas
- O paciente apresenta alguma destas comorbidades?
 Hemiplegia Doença renal moderada ou grave Diabetes com complicação Tumor
 Leucemia (aguda ou crônica) Linfoma Paciente não apresenta **NENHUMA** das comorbidades listadas
- O paciente apresenta alguma destas comorbidades?
 Doenças hepáticas moderadas ou graves Paciente não apresenta **NENHUMA** das comorbidades
- O paciente apresenta alguma destas comorbidades?
 Tumor sólido metastático AIDS Paciente não apresenta **NENHUMA** das comorbidades

SCORE FINAL: _____

Comorbidades:

HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Neoplasia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Radioterapia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Outras imunossupressões	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	DPOC	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Diabetes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

SOFA do diagnóstico:**SOFA - Neurológico**

- Resposta ocular: () Sem abertura ocular () A dor () A solicitação verbal () Espontânea
- Resposta verbal: () Sem resposta verbal () Sons incompreensíveis () Palavras inapropriadas () Confuso e conversando () Orientado e conversando
- Resposta motora: () Sem resposta motora () Resposta em descerebração () Resposta em decorticação () Resposta inespecífica () Localizando () Ao comando

Glasgow score: _____ **SOFA score (neurológico):** _____

SOFA - Respiratório

- Relação pO₂/FiO₂: () > 400 () entre 301 – 400 () 201 - 300 ou < 200 sem ventilação mecânica () 101 - 200 com ventilação mecânica () < 100 com ventilação mecânica () Não disponível

SOFA score (respiratório): _____

SOFA - Hemodinâmico

- Uso de drogas vasoativas: () PAM > 70 () PAM < 70 () Dopamina < 5 ou dobutamina (qualquer dose) () Dopamina > 5 ou noradrenalina ou adrenalina < 0.1 () Dopamina > 15 ou noradrenalina ou adrenalina > 0.1

SOFA score (hemodinâmico) _____

SOFA - Hepático-

- Bilirrubina total (mg/dL): () 1.2 () Entre 1.2 - 1.9 () 2.0 - 5.9 () 6.0 - 11.9 () < 12.0 () Não disponível

SOFA score (hepático) _____

SOFA - Hematológico

- Plaquetas (1000/mm³): () > 150 () entre 101 – 150 () 51 – 100 () 21 – 50 () < 20 () Não disponível

SOFA score (hematológico) _____

SOFA - Renal

- Creatinina (mg/dL): () 1.2 () 1.2 - 1.9 () 2.0 - 3.4 () 3.5 - 4.9 ou diurese < 500 mL/dia () > 5.0 ou diurese < 200 mL/dia () Não disponível

SOFA score (renal) _____

SOFA Total score _____

Desfecho imediato nas primeiras 24 horas

- No dia do diagnóstico da sepse o paciente foi transferido para a UTI? () NÃO () SIM
- Foi solicitado vaga de UTI? () NÃO () SIM
- Por que o paciente não foi transferido para a UTI nas primeiras 24 horas após o diagnóstico de sepse?
 - () Porque o óbito foi precoce (< 6 horas)
 - () Porque o óbito (>6 horas) ocorreu antes da solicitação da vaga na UTI
 - () Porque não havia vaga
 - () Paciente em cuidado de fim de vida

Destino do paciente

1. Qual foi o primeiro destino do paciente após passagem no pronto-socorro?
 - () Permaneceu no Pronto Socorro até o desfecho () Transferido para Unidades de Internação
 - () Transferido para UTI () Transferido para outra instituição direto do Pronto Socorro
2. Qual a data e hora? _____
3. Por que o paciente permaneceu no pronto-socorro ?
 - () Porque o óbito foi precoce (< 6 horas)
 - () Porque o óbito (>6 horas) ocorreu antes da solicitação da vaga na UTI
 - () Não havia indicação de internação e teve alta hospitalar
 - () Foi indicado internação em unidade regular mas não havia vaga

- Foi indicado internação em unidade de terapia intensiva mas não havia vaga
- Foi indicado internação em UTI mas o médico intensivista não aceitou
- Paciente em cuidado de fim de vida
- 4. Por que o paciente foi transferido para a unidade regular de internação?
 - Porque o paciente tinha indicação
 - Foi indicado internação em unidade de terapia intensiva mas não havia vaga
 - Foi indicado internação em unidade de terapia intensiva mas o médico intensivista não aceitou
- 5. Paciente em algum momento foi transferido para a UTI? NÃO SIM
- 6. Qual a data e hora? _____
- 7. Qual a razão da solicitação de transferência?
 - Não havia UTI na instituição
 - Foi indicado internação em unidade de terapia intensiva mas não havia vaga
 - Foi indicado internação em unidade regular mas não havia vaga
 - Necessidade de avaliação especializada
- 8. Qual a data e hora da admissão na UTI? _____ 9. Qual a data e hora da alta da UTI? _____

Desfecho do paciente

1. Qual o desfecho da internação hospitalar? Alta Óbito
2. Qual a data e hora do desfecho hospitalar? _____
3. Tempo de internação: _____

Cuidados de fim de vida:

- Houve registro em prontuário de indicação de cuidados de fim de vida nos pacientes não sobreviventes?
 NÃO SIM