

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
UnB-HUB/EBSERH

CÁSSIA MARIZ DA SILVA

A UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS  
DE SEPSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E  
O IMPACTO NOS DESFECHOS CLÍNICOS: UMA  
REVISÃO RÁPIDA

BRASÍLIA  
2024

CÁSSIA MARIZ DA SILVA

A UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS  
DE SEPSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E  
O IMPACTO NOS DESFECHOS CLÍNICOS: UMA  
REVISÃO RÁPIDA

Trabalho de Conclusão da Residência Médica  
em Medicina de Família e Comunidade  
apresentado à Universidade de Brasília –  
Hospital Universitário de Brasília -  
UnB-HUB/EBSERH, como requisito parcial  
para obtenção do título de especialista em  
Medicina de Família e Comunidade.

Orientador: Thiago Figueiredo de Castro

Coorientador: Lucas Alves Carvalho

BRASÍLIA  
2024

CÁSSIA MARIZ DA SILVA

A UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE  
SEPSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O  
IMPACTO NOS DESFECHOS CLÍNICOS: UMA REVISÃO  
RÁPIDA

BRASÍLIA, 13/03/2024

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof(a). Dr(a). Lucas Alves Carvalho  
Co-Orientador

---

Prof(a). Dr(a). Flavio de Assis Melo Torres  
Professor da UnB

---

Prof(a). Dr(a). Rafael Alves Pinheiro Tannure  
Médico da SES-DF

### ***Dedicatória***

*Dedico esse trabalho ao meu Senhor, à minha família, aos amigos que conheci em Brasília e aos professores e preceptores que me acompanharam durante a residência.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço primeiramente ao meu Deus, por ter me concedido a oportunidade de vir à Brasília, especializar-me na área da medicina com a qual tanto me identifiquei.*

*Agradeço por todas as pessoas que pude conhecer nessa cidade e através do programa de residência do Hospital Universitário de Brasília - preceptores, professores, colegas de residência e de profissão e profissionais da Atenção Primária à Saúde.*

*Agradeço à minha família, especialmente meus pais, meu marido e minha irmã, que são o meu refúgio e a minha base.*

*Agradeço às amigadas que fiz em Brasília e aos meus amigos de longa data, que sempre me apoiam e me incentivam a continuar, apesar das dificuldades.*

*Agradeço também à acadêmica de medicina Luana Pires, que contribuiu para a finalização deste trabalho.*

*“O Deus que mostra o destino não revela o caminho. A minha bússola é a fé. E eu sigo em frente, crendo que a semente plantada florescerá.”*

*(Promessa, música de Eli Soares)*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao sistema, deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, incluindo o atendimento de urgências e emergências médicas. Dentre as condições comumente manejadas, tem-se a sepse, que ainda é pouco reconhecida fora do ambiente hospitalar. Nesse cenário, a adequada avaliação do paciente pelos profissionais que têm o primeiro contato, especialmente médicos de família e clínicos gerais, é fundamental para a melhor conduta e o desfecho do caso. Essa avaliação, idealmente, inclui a coleta da história clínica, o exame físico, a aferição de sinais vitais e a aplicação de critérios diagnósticos para sepse. **OBJETIVO:** Sintetizar as evidências quanto à utilização dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais de saúde no âmbito da APS e a repercussão dessa utilização sobre as intervenções realizadas e os desfechos clínicos dos pacientes. **METODOLOGIA:** Revisão rápida da literatura utilizando-se trabalhos publicados nas bases de dados Embase, Lilacs e Scielo. A pesquisa foi realizada com base nas seguintes perguntas: “Os critérios diagnósticos de sepse são conhecidos e utilizados pelos profissionais de saúde que atuam na APS? O uso desses critérios nesse cenário modifica a conduta e o desfecho dos casos suspeitos ou confirmados de sepse?”. **RESULTADOS:** Foram encontrados 1.942 artigos publicados nas bases de dados Embase, Lilacs e Scielo relacionando sepse aos cuidados primários em saúde, restando, após a aplicação dos critérios de exclusão, 6 artigos. Os desenhos metodológicos variaram entre estudo observacional, projeto de melhoria de qualidade, questionários transversais e coorte retrospectiva. A aplicação dos critérios diagnósticos de sepse na APS interfere no tempo de transporte dos pacientes ao hospital, na chance de atendimento por um médico especialista no ambiente hospitalar, no diagnóstico oportuno de sepse, no tempo de internação, na chance de internação em UTI e na mortalidade. Contudo, somente metade dos profissionais da APS sabem definir corretamente sepse e menos de um terço conhece um dos critérios diagnósticos mais utilizados, o qSOFA. Os aspectos mais considerados para a suspeita diagnóstica de sepse foram o estado geral e o pressentimento (ou intuição). Apenas um quinto dos médicos participantes de uma das pesquisas haviam recebido treinamento em sepse nos últimos 5 anos. **CONCLUSÃO:** A APS também é importante no manejo de urgências e emergências médicas, incluindo a sepse. Mas, para isso, são primordiais o ensino e a capacitação dos profissionais de cuidados primários quanto aos critérios diagnósticos existentes, orientando sobre sua utilização para identificação e manejo oportunos dos casos suspeitos de sepse.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Emergências, Sepse.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Primary Health Care (PHC), as the first level of care and the user's preferred gateway to the system, must be capable of solving most of the population's health problems, including the care of urgent and medical emergencies. Among the conditions commonly manifested is sepsis, which is still little recognized outside the hospital environment. In this scenario, an adequate assessment of the patient by professionals who have the first contact, especially family doctors and general practitioners, is essential for the best management and outcome of the case. This assessment ideally includes collecting clinical history, physical examination, measuring incorrect signs and applying diagnostic criteria for sepsis. **AIM:** Synthesize the evidence regarding the use of sepsis diagnostic criteria by health professionals within the scope of PHC and the impact of this use on the interventions carried out and the clinical outcomes of patients. **METHOD:** Rapid literature review using works published in the Embase, Lilacs and Scielo databases. The research was carried out based on the following questions: "Are the diagnostic criteria for sepsis known and used by health professionals who work in PHC? Does the use of these criteria in this scenario change the management and outcome of suspected or confirmed cases of sepsis?". **RESULTS:** 1,942 articles published in the Embase, Lilacs and Scielo databases were found relating sepsis to primary health care, leaving, after applying the exclusion criteria, 6 articles. The methodological designs varied between observational study, quality improvement project, cross-sectional questionnaires and retrospective cohort. The application of sepsis diagnostic criteria in PHC interferes with the transport time of patients to the hospital, the chance of being treated by a specialist doctor in the hospital environment, the timely diagnosis of sepsis, the length of hospital stay, the chance of admission to the ICU and the mortality. However, only half of PHC professionals know how to correctly define sepsis and less than a third know one of the most used diagnostic criteria, the qSOFA. The aspects most considered for the diagnostic suspicion of sepsis were the general condition and the feeling (or intuition). Only a fifth of doctors participating in one of the surveys had received training in sepsis in the last 5 years. **CONCLUSION:** PHC is also important in the management of urgencies and medical emergencies, including sepsis. However, for this to happen, the teaching and training of primary care professionals regarding the existing diagnostic criteria are essential, providing guidance on their use for the timely identification and management of suspected cases of sepsis.

**Keywords:** Primary Health Care, Emergencies, Sepsis.



## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1 – Critérios SIRS ( <i>Systemic Inflammatory Response Syndrome</i> ) .....	14
Quadro 2 – Critérios qSOFA ( <i>Quick Sequential Organ Failure Assessment</i> ) .....	15
Quadro 3 – Critérios NEWS ( <i>National Early Warning Score</i> ) .....	15
Figura 1 – Diagrama de seleção dos artigos para a revisão rápida .....	18

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

APS – Atenção Primária à Saúde

CaSAPS - Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

NEWS – *National Early Warning Score*

QSOFA – *Quick Sequential Organ Failure Assessment*

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SIRS – *Systemic Inflammatory Response Syndrome*

SUS – Sistema Único de Saúde

UKSTc – critérios do *United Kingdom Sepsis Trust*

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## **SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1. Definição e estruturação do estudo.....	17
3.2. Método de seleção.....	17
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>APÊNDICE - RESUMO DAS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO RÁPIDA.....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em rede, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS é composta por diferentes níveis de atenção que prestam serviços de acordo com a complexidade e os recursos necessários para resolução de cada situação de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao sistema, deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, sendo a base da RAS e ordenadora do fluxo dos usuários entre os distintos níveis. Como tal, deve ser capaz de oferecer serviços de saúde variados aos cidadãos, considerando as necessidades da comunidade local. (BRASIL, 2017; GUSSO e MACHADO, 2019, MENDES, 2011)

A APS para ser resolutive, precisa ofertar uma série de ações de serviços clínicos, além de ações de vigilância em saúde, o que compõe a chamada "Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde - CaSAPS". A carteira de serviços da APS deve incluir o atendimento de urgências e emergências médicas, especialmente em regiões onde as unidades de pronto-atendimento são distantes ou pouco acessíveis, como em áreas rurais. Para tanto, os profissionais da APS precisam identificar os diversos problemas e necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, gerenciar de forma sustentável o uso das tecnologias e dos recursos disponíveis e ter o conhecimento necessário para manejo de urgências/emergências médicas, sabendo diferenciar casos graves de não graves, oferecendo o primeiro atendimento em tempo hábil e encaminhando ao serviço especializado com agilidade, nos casos necessários (BRASIL, 2013 e 2019).

Contudo, apesar de tal função, a APS ainda apresenta muitas limitações que impedem a resolubilidade esperada para esse nível de atenção, especialmente em se tratando do diagnóstico e manejo de urgências médicas. Isso se deve a diversos fatores, dentre eles: falta de capacitação dos profissionais envolvidos, escassez de recursos técnicos adequados, baixa disponibilidade de fluxogramas e protocolos locais orientadores do manejo e investimento governamental insuficiente. (FREITAS et al., 2020)

Freitas et al. (2015) realizou estudo qualitativo com profissionais da APS de um município da Paraíba e percebeu que muitos desses não reconhecem a APS como cenário adequado para a realização de atendimentos de urgência.

"Os profissionais têm dificuldade em reconhecer uma urgência e não compreendem a ESF como um serviço viável para um atendimento de urgência, julgando que esse tipo de atendimento foge

do princípio que rege a Atenção Primária à Saúde e, portanto, utilizam o encaminhamento como forma de resolver essas situações." (FREITAS et al, 2015, pg. 79)

Entretanto, a própria CaSAPS enumera uma série de ações que deveriam compor a prática profissional da APS, das quais, pode-se destacar pela nítida relação com a atenção à Urgência e Emergência na APS (BRASIL, 2019, pg. 12-15):

- 85 Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco;
- 86 Atendimento de urgências/emergências para crianças e adolescentes;
- 88 Identificação e manejo de condições graves de saúde em crianças menores de 2 meses;
- Realização do parto em casos de urgência / emergência, quando não houver possibilidade de remoção para serviços mais adequados em tempo oportuno.
- 132 Suturas de lesões superficiais de pele.
- 133 Tamponamento da epistaxe.
- 164 Atendimento de urgência odontológica na APS.

Dentre as condições comumente manejadas em situações de urgência/emergência, tem-se a sepse, importante causa de morbidade e mortalidade. A sepse é definida como uma resposta imunológica anormal do organismo hospedeiro mediante a presença de patógenos, seja a infecção confirmada ou suspeita, levando à disfunção de múltiplos órgãos. Quando essa resposta exacerbada evolui com colapso do sistema cardiovascular, manifestando-se com queda da pressão arterial (pressão arterial sistólica < 90 mmHg, pressão arterial média < 65 mmHg ou uma redução de > 40 mmHg na pressão arterial sistólica basal) refratária à ressuscitação volêmica adequada, tem-se o choque séptico. (EVANS et al., 2021; SILVA et al., 2008; WHO, 2020)

A sepse tem sido reconhecida como um notável problema de saúde pública, à medida que são estabelecidos e difundidos critérios para seu diagnóstico, e estima-se que 70% a 80% dos casos de sepse originam-se na comunidade. Segundo o *Global Burden of Disease Study*, que avaliou mundialmente dados de 1990 a 2017, houveram quase 50 milhões de casos de sepse em 2017, em todo o mundo, com um número estimado de mortes totais em 11 milhões, representando 19,7% das mortes neste ano. A incidência foi de 677,5 casos por 100.000 pessoas, com dois picos de acometimento por faixa etária, um na primeira infância e

outro em adultos mais velhos. Dentre os 48,9 milhões de casos incidentes, 41,5 milhões (85%) ocorreram em países com Índice Sociodemográfico (uma medida que indica onde as áreas geográficas encontram-se em relação ao desenvolvimento) baixo, médio-baixo e médio. (MOTTA et al., 2023; RUDD et al., 2020)

No Brasil e na América Latina, dados consistentes sobre incidência, desfecho e custos com sepse são escassos. O Estudo Epidemiológico Brasileiro de Sepse (estudo BASES), realizado em 2004, avaliou dados de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitais terciários de duas regiões do país. Foi calculada a incidência para sepse, sepse grave e choque séptico, resultando em 61,4, 35,6 e 30,0 por 1.000 pacientes-dia, respectivamente. As taxas de mortalidade foram de 24,3% para SIRS, 34,7% para sepse, 47,3% para sepse grave e 52,2% para choque séptico; a taxa de mortalidade geral em 28 dias foi de 21,8%. (SILVA et al., 2004)

Os sobreviventes à sepse podem apresentar importante morbidade após alta hospitalar, devido ao comprometimento funcional e cognitivo. Ainda assim, o reconhecimento de sepse fora do ambiente hospitalar é baixo, apesar do primeiro contato do paciente com suspeita de tal condição ser, majoritariamente, com um serviço de atenção primária. Nesse cenário, a adequada avaliação do paciente pelos profissionais que têm o primeiro contato, especialmente médicos de família e clínicos gerais, é fundamental para a melhor conduta e o desfecho do caso. Essa avaliação, idealmente, inclui a coleta da história clínica, o exame físico, a aferição de sinais vitais e a aplicação de critérios diagnósticos para sepse. Contudo, no ambiente de cuidados primários, esses critérios ainda são pouco utilizados, sendo mais aplicados em serviços de saúde secundários e terciários. (LOOTS et al., 2018)

Os critérios diagnósticos frequentemente utilizados para sepse são: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS, do inglês *Systemic Inflammatory Response Syndrome*), qSOFA (do inglês *Quick Sequential Organ Failure Assessment*) e NEWS (do inglês *National Early Warning Score*). Os parâmetros avaliados por esses critérios estão descritos nos quadros 1, 2 e 3. (ALENCAR e SOUZA, 2020)

#### **Quadro 1 – Critérios SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*)**

<b>Critérios</b>	<b>Valores</b>
Temperatura corporal	> 38°C ou < 36°C
Frequência cardíaca	> 90 bpm

Frequência respiratória	> 20 irpm (ou PaCO <sub>2</sub> < 32 mmHg)
Leucócitos	> 12.000 ou < 4.000 ou > 10% de formas jovens

**Legenda:** bpm: batimentos por minuto; irpm: incursões respiratórias por minutos; mmHg: milímetros de mercúrio; A presença de 2 ou mais critérios acima indica sepse.

**Fonte:** ALENCAR e SOUZA, 2020.

### Quadro 2 – Critérios qSOFA (*Quick Sequential Organ Failure Assessment*)

Critérios	Valores
Frequência respiratória	≥ 22 irpm
Alteração do nível de consciência	alterado
Pressão arterial sistólica	≤ 100 mmHg

**Legenda:** irpm: incursões respiratórias por minutos; mmHg: milímetros de mercúrio; A presença de 2 ou mais critérios indica sepse.

**Fonte:** ALENCAR e SOUZA, 2020.

### Quadro 3 – Critérios NEWS (*National Early Warning Score*)

Parâmetro fisiológico	Pontos atribuíveis						
	3	2	1	0	1	2	3
FR (irpm)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO <sub>2</sub> (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
O <sub>2</sub> suplementar		Sim		Não			
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	
PAS (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
FC (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nível de consciência				A			V, D ou I

**Legenda:** A: alerta; V, D, I: reage a estímulo verbal, doloroso ou irresponsivo; bpm: batimentos por minuto; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; irpm: incursões respiratórias por minutos; mmHg: milímetros de mercúrio; PAS: pressão arterial sistólica; SpO<sub>2</sub>: saturação periférica de oxigênio; Uma pontuação maior ou igual a 4 indica sepse.

**Fonte:** ALENCAR e SOUZA, 2020.

Nesse contexto, surgem os seguintes questionamentos: Os critérios diagnósticos de sepse são utilizados pelos profissionais de saúde que atuam na APS? O uso desses critérios nesse cenário modifica a conduta e o desfecho dos casos suspeitos ou confirmados de sepse? A hipótese inicial que instigou a realização desse trabalho é que há pouca formação dos profissionais atuantes nos cuidados primários para o atendimento de situações de urgência e emergência, em especial quanto ao uso dos critérios diagnósticos de sepse. Com isso, o diagnóstico acaba sendo firmado tardiamente e os pacientes não costumam receber as medidas indicadas para o atendimento inicial, o que implica em piores desfechos em cenários que utilizam critérios subjetivos para o diagnóstico de sepse, quando comparados aos que utilizam os critérios objetivos estabelecidos (SIRS, qSOFA e NEWS).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

O objetivo deste trabalho é sintetizar as evidências quanto à utilização dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde e a repercussão dessa utilização sobre as intervenções realizadas e os desfechos clínicos dos pacientes.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar a frequência de uso dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais da APS;
- b) Descrever a repercussão da utilização dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais da APS sobre: a decisão do médico de família de encaminhar o paciente ao serviço de saúde secundário, o tempo de transferência até o serviço especializado, o tempo de espera para atendimento pelo profissional do nível secundário, o tempo de internação hospitalar, a probabilidade de internação em UTI e a mortalidade.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Definição e estruturação do estudo

Trata-se de uma revisão rápida da literatura utilizando-se trabalhos publicados nas bases de dados Embase, Lilacs e Scielo. A pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2023, com base na seguinte pergunta: “Os critérios diagnósticos de sepse são conhecidos e utilizados pelos profissionais de saúde que atuam na APS? O uso desses critérios nesse cenário modifica a conduta e o desfecho dos casos suspeitos ou confirmados de sepse?” (SMELA et al., 2023)

A busca dos artigos nas bases de dados foi realizada utilizando-se os termos “*sepsis*” e “*primary care*”, acrescentando o operador booleano “AND”. Não foram aplicados critérios de ano e idioma de publicação.

#### 3.2. Método de seleção

Primeiramente, fez-se uma seleção dos artigos encontrados nas bases de dados a partir dos seus títulos. Depois, foram lidos os resumos publicados dos títulos selecionados. Por fim, os artigos escolhidos na etapa anterior foram lidos na íntegra, para verificação de enquadramento no objetivo proposto para este trabalho.

Critérios de inclusão: trabalhos científicos publicados nas plataformas pesquisadas que abordassem o tema “sepse e atenção primária à saúde” e que avaliassem 1) a frequência de uso dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais da APS e/ou 2) se a aplicação desses critérios diagnósticos altera a conduta dos profissionais de saúde e os desfechos clínicos.

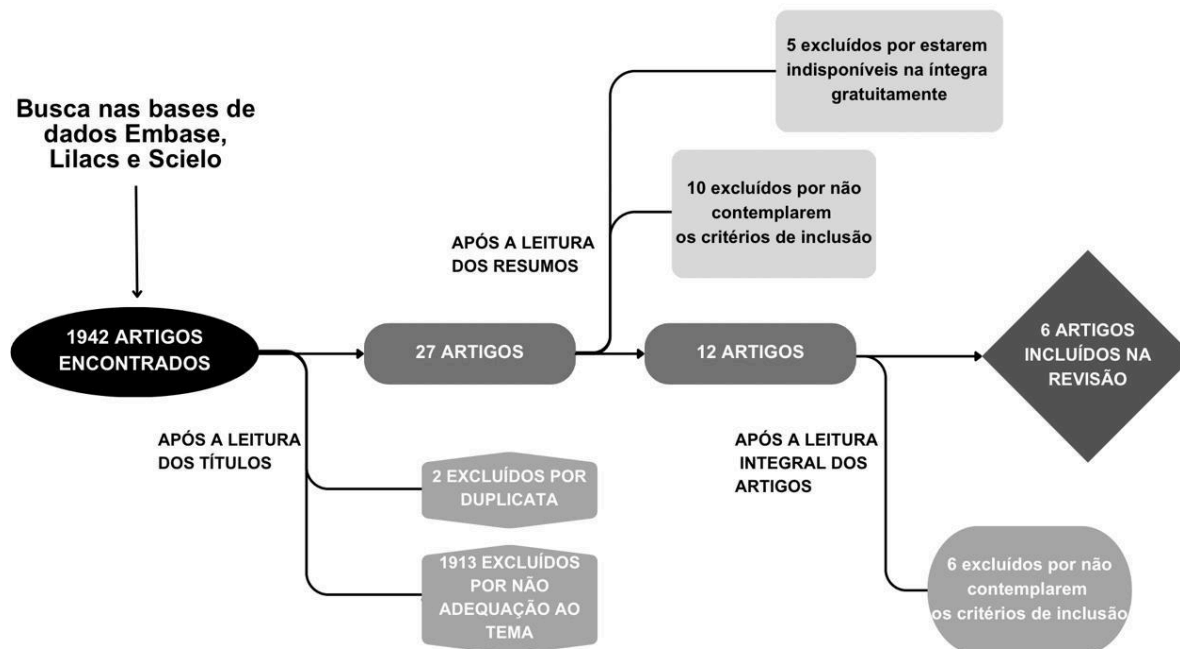
Foram excluídos: os artigos que não relacionavam sepse ao atendimento em cuidados primários, que não avaliavam a frequência de uso ou a alteração na conduta e nos desfechos clínicos, os que não estavam disponíveis integralmente de forma gratuita e os trabalhos duplicados.

### 4. RESULTADOS

Foram encontrados 1.942 artigos publicados nas bases de dados Embase, Lilacs e Scielo relacionando sepse aos cuidados primários em saúde. Destes, 12 foram selecionados para leitura integral, restando, após a aplicação dos critérios de exclusão, 6 artigos (ver Figura

1). Os desenhos metodológicos variaram entre estudo observacional, projeto de melhoria de qualidade, questionários transversais e coorte retrospectiva (ver Apêndice 1).

Figura 1 – Diagrama de seleção dos artigos para a revisão rápida



Fonte: os autores.

Scott et al. conduziram um estudo transversal na Inglaterra, entre julho de 2017 e dezembro de 2018, objetivando verificar se o NEWS calculado durante o atendimento do médico de família, antes do encaminhamento ao hospital, interfere no tempo de atendimento dos pacientes no ambiente hospitalar e nos desfechos clínicos. Foi observado que pacientes com NEWS calculado e com valores mais altos foram transportados em menor tempo e atendidos mais rapidamente do que aqueles com NEWS mais baixo ou não calculado. Além disso, à medida que o NEWS aumentou, a chance de atendimento por um médico mais experiente no hospital também aumentou. Em relação aos desfechos clínicos, doentes com NEWS mais elevado tiveram mais dias de internação hospitalar, maior chance de internação em UTI e maior mortalidade. Ademais, pacientes com maior pontuação no NEWS, tiveram maior chance de diagnóstico de sepse e suspeita de sepse. (SCOTT et al., 2020)

Pullyblank et al. de 2015 a 2019 desenvolveram um projeto no oeste da Inglaterra para padronização do NEWS nos cuidados de saúde secundários e introdução nos cuidados primários e na comunidade, buscando, assim, melhorar os resultados clínicos em pacientes com suspeita de sepse. Por incentivo do projeto, foram utilizadas metodologias para melhoria

de qualidade em diversos serviços de saúde, como kits de ferramentas online para implementação do NEWS, cartões contendo o NEWS, pôsteres e apresentações para uso local, além de reuniões frequentes das equipes e eventos colaborativos a cada 6 meses. Como resultados, obtiveram redução do tempo de internação hospitalar em um dia e redução da mortalidade por sepse e suspeita de sepse no oeste da Inglaterra a partir de 2017, tornando-se a região com a menor taxa no país. (PULLYBLANK et al., 2020)

Adegbite et al. realizaram um inquérito com profissionais de saúde de uma cidade no Gabão, em 2020, para avaliarem o conhecimento deles a respeito da sepse e de seu manejo adequado. Ao todo, 115 profissionais responderam o questionário, incluindo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Um pouco menos da metade (48,7%) dos participantes sabiam a definição correta de sepse, como “uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção”. Os sinais mais atribuídos à presença de sepse foram: febre (92%), alteração do estado mental (74,8%) e taquicardia (67%). Em relação ao manejo inicial, muitos indicaram serem condutas adequadas: acesso venoso em veia de grande calibre, realização de hemocultura e antibioticoterapia de amplo espectro; porém, apenas 32% tinham conhecimento da importância de se administrar fluidos cristaloides para reposição volêmica em casos de hipotensão. Sobre os critérios diagnósticos, somente 26% dos profissionais conheciam o qSOFA e apenas 13% souberam descrever os critérios que o compõem. (ADEGBITE et al., 2021)

Loots et al., entre 2011 e 2015, estruturaram uma coorte retrospectiva utilizando dados de prontuários de pacientes internados na UTI de um hospital da Holanda, admitidos por sepse de início na comunidade. A partir das informações obtidas, puderam analisar qual o papel das cooperativas de médicos de família no cuidado de pacientes com sepse. Foram incluídos no estudo 263 pacientes, dos quais 48,2% haviam tido contato com alguma cooperativa de médicos de família nas 72 horas anteriores à admissão hospitalar. Dos 127 pacientes que tiveram contato prévio com as cooperativas, 12,6% foram transferidos diretamente para o hospital por ambulância, após triagem telefônica e sem avaliação presencial do médico de família, 59,8% receberam visita domiciliar após triagem telefônica e 18,9% passaram por consulta presencial na cooperativa de médicos de família, sendo que os 8,7% restantes receberam apenas aconselhamento telefônico. O tempo médio de chegada ao hospital foi de 1,7 hora para toda a coorte, sendo que a transferência imediata por ambulância apresentou menor tempo (mediana de 1,0 hora) e o aconselhamento apenas por telefone maior tempo (mediana de 15,1 horas). No total, 100 pacientes foram avaliados

presencialmente por um clínico geral (76 por visita domiciliar e 24 por consulta clínica). Em 57 dos 100 casos foi diagnosticada ou suspeitada uma infecção, e em apenas 6 casos esta foi registrada como sepse ou possível sepse. Para os pacientes que não receberam suspeita de infecção após a avaliação inicial do médico de família, a taxa de mortalidade foi maior em comparação com os pacientes com suspeita de infecção (41,9% vs 15,8%). Nos pacientes que foram encaminhados ao pronto-socorro, a taxa de mortalidade dentre aqueles com suspeita de infecção foi de 12,5%, em comparação com 56,0% quando o médico de família não suspeitou de infecção. Para os pacientes não encaminhados após o primeiro contato, a mortalidade hospitalar foi de 22,2% em ambos os grupos. (LOOTS et al., 2018)

Outro estudo realizado por Loots et al., em 2016, teve como objetivo saber mais sobre o processo de tomada de decisão clínica dos médicos de família em pacientes com infecções agudas e estabelecer como eles utilizam a medição dos sinais vitais na decisão de encaminhar um paciente ao hospital ou não. Para isso, foi aplicado um questionário a 800 médicos de família da Holanda, mas apenas 160 (20,3%) responderam ao questionário completamente. Segundo as respostas dos participantes da pesquisa, os pacientes foram atendidos principalmente em visitas domiciliares (59,2%) e o trato respiratório foi o local mais comum de infecção, tanto nos pacientes encaminhados (60,3%) ao hospital quanto nos pacientes tratados com antibióticos no domicílio (53,9%). Os dados da história e do exame físico considerados mais importantes nos casos de pacientes encaminhados foram: estado geral (94,1%), pressentimento (92,1%), história clínica (92,0%) e exame físico (89,3%). Os sinais vitais mais frequentemente aferidos foram a temperatura corporal e a frequência cardíaca. Todos os sinais vitais foram medidos com maior frequência nos pacientes referenciados. Em relação aos antecedentes pessoais que mais influenciaram a decisão de encaminhar um paciente com uma possível infecção grave, os respondentes concordaram mais sobre o uso crônico de medicação imunossupressora (96,8%) e multimorbidade (83,6%). Os aspectos da história que foram mencionados como importantes por mais de 80% deles foram: incapacidade de ficar em pé, tratamento antibiótico anterior sem resposta satisfatória, rápida progressão da doença e diminuição do débito urinário. Os aspectos do exame físico mais mencionados como relevantes foram: estado mental alterado (98,7%), pressão arterial sistólica < 100 mmHg (93,7%) e frequência respiratória > 22 incursões/minuto (86,1%), correspondentes aos critérios do qSOFA. (LOOTS et al., 2017)

Mulders et al. também na Holanda, em 2019, pesquisaram especificamente se os critérios de sepse são conhecidos e utilizados pelos médicos de família, e quais sinais eles associam a uma maior probabilidade de sepse. Os pesquisadores enviaram um questionário

online a 2560 médicos de família holandeses, sendo que apenas 229 (8,9%) responderam e, destes, 23 tiveram que ser excluídos por incompletude. Somente 20,9% dos respondentes haviam recebido treinamento em sepse nos últimos 5 anos. Inesperadamente, o quesito mais frequentemente utilizado para reconhecimento de sepse foi a intuição (98,1%); além desse, a deterioração clínica e aparência anormal do paciente também foram considerados como importantes. A respeito do conhecimento de critérios diagnósticos de sepse, a maioria dos médicos já tinha ouvido falar sobre SIRS (75,7%), mas a minoria conhecia qSOFA (27,7%) e os critérios do *UK Sepsis Trust* (UKSTc; 11,7%); apenas uma pequena proporção deles utilizava esses critérios para auxiliar no reconhecimento da sepse. Os médicos de família que receberam treinamento em sepse nos últimos 5 anos eram mais propensos a marcar um caso de sepse como provável ou muito provável. Os parâmetros mais fortemente associados a uma maior probabilidade de sepse foram frequência respiratória, pressão arterial, tempo de enchimento capilar e estado mental. Notavelmente, pelos cálculos estatísticos da pesquisa, a educação em serviço sobre sepse, a experiência, a alta frequência de tarefas fora do expediente, o uso do ABCDE e a familiaridade com o SIRS, qSOFA ou UKSTc não aumentaram a probabilidade de se identificar corretamente os casos como sepse. (MULDERS et al., 2021)

## 5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados reforçam a hipótese inicial de que a aplicação dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais da APS, especialmente pelos médicos de família, tem impacto positivo na melhoria dos processos clínicos em relação ao atendimento de pacientes com sepse ou suspeita de sepse. Além de padronizar a linguagem clínica, o cálculo dos escores em conjunto com o julgamento clínico aumenta a chance de suspeição e a segurança dos profissionais para lidarem com esses pacientes e se comunicarem com outros serviços da rede de atenção à saúde, otimizando o tempo para avaliação em unidades de saúde adequadas e oportunizando o tratamento necessário aos casos com maior pontuação obtida. Como demonstrado pela coorte de Loots et al., de 2018, o simples fato dos médicos de família suspeitarem de uma infecção, ao atenderem seus pacientes, já reduz a taxa de mortalidade dos que posteriormente serão diagnosticados com sepse; entretanto, em apenas 57% dos casos avaliados presencialmente pelos profissionais participantes, foi suspeitada ou

diagnosticada uma infecção. (LOOTS et al., 2018; PULLYBLANK et al., 2020; SCOTT et al., 2020)

A maioria dos estudos analisados evidenciaram que o conhecimento dos profissionais de saúde de cuidados primários sobre os critérios diagnósticos de sepse ainda é insuficiente. De acordo com os resultados das pesquisas, as alterações dos sinais clínicos mais reconhecidas como consequentes à sepse, como febre, alteração do estado mental e taquicardia, não foram diretamente relacionadas pelos clínicos da APS aos critérios diagnósticos existentes. Surpreendentemente, o aspecto mais valorizado e utilizado pelos profissionais para diagnóstico de sepse foi a intuição. Em consonância a isso, Adegbite et al., em sua pesquisa realizada no Gabão, mostrou que menos de 30% dos participantes conheciam um dos escores mais utilizados para diagnóstico de sepse, o qSOFA; resultado similar foi encontrado pelo trabalho de Mulders et al., no qual apenas 27,7% dos clínicos gerais participantes da pesquisa na Holanda conheciam o esse critério (ADEGBITE et al., 2021; MULDER et al., 2021)

Esses dados evidenciam a importância de serem feitas capacitações periódicas com os profissionais da atenção primária, não apenas médicos, mas todos os envolvidos no atendimento de pacientes com suspeita de sepse. Como demonstrado pelo estudo de Mulders et al., no qual apenas um quinto dos médicos de família participantes da pesquisa na Holanda haviam recebido algum treinamento em sepse nos últimos 5 anos, isso ainda ocorre pouco frequentemente. Essas capacitações devem abordar não só o manejo adequado para cada caso, mas também sobre como reconhecer a sepse por meio da utilização dos critérios diagnósticos existentes mais exequíveis a cada realidade. (ADEGBITE et al., 2021; MULDER et al., 2021; PULLYBLANK et al., 2020)

Além de capacitação, é fundamental garantir aos médicos da APS tempo e recursos necessários para uma avaliação adequada de seus pacientes. Cecil et al. realizou uma coorte no Reino Unido, de 2014 a 2017, buscando identificar quais os fatores estavam relacionados ao autoencaminhamento de pacientes ao hospital, em casos de diagnóstico de embolia pulmonar, infecções do trato urinário, gravidez ectópica e sepse, que haviam se consultado com um médico de família nos 3 dias anteriores à internação. Como resultados, obtiveram que 91,3% dos doentes haviam se consultado com um clínico geral antes de procurarem o hospital, a maioria teve contato presencial (87,0%) e as consultas duraram, em média, 9 minutos. Pacientes que tiveram uma consulta presencial, seguida por contato telefônico com um médico de família, nos 3 dias anteriores a uma admissão de emergência, tiveram menor probabilidade de autorreferência e, com um aumento de 5 minutos na duração da consulta dos

clínicos gerais, houve uma diminuição de 10% nas chances ajustadas de admissão autorreferida; a duração da consulta foi consistentemente mais curta em pacientes que se autoencaminharam em todas as condições. Esses relevantes resultados só reforçam a importância da garantia de recursos humanos, físicos e de tempo na APS para uma correta e oportuna identificação de casos suspeitos de sepse pelos profissionais que nela atuam. (CECIL et al., 2021)

## 6. CONCLUSÃO

A APS é igualmente importante no manejo de urgências e emergências médicas, incluindo a sepse, como o são a atenção secundária e terciária. Mas, para isso, são primordiais o ensino e a capacitação dos profissionais de cuidados primários quanto aos critérios diagnósticos existentes para a sepse, orientando sobre sua utilização para identificação e manejo oportunos dos casos suspeitos de sepse. Assim feito, é possível não apenas melhorar os desfechos clínicos dos pacientes atendidos, como tempo de internação e mortalidade, mas também cumprir com a resolubilidade esperada para o nível primário da RAS.

Dentre as limitações deste trabalho, tem-se: a pequena quantidade de artigos publicados sobre o tema; o fato da maioria deles terem sido desenvolvidos em países europeus, sendo apenas um de país africano e nenhum de países da América Latina, tornando limitada a aplicação de seus resultados à realidade brasileira; e, por fim, a metodologia de pesquisa (revisão rápida), que permite uma síntese breve dos conhecimentos existentes a respeito de um determinado tema, porém não possui o rigor metodológico de outros tipos de revisão, como a revisão sistemática.

## REFERÊNCIAS

ADEGBITE, B. R. et al. Knowledge of health workers relating to sepsis awareness and management in Lambaréné, Gabon. **Acta Tropica**. V. 219, jul. 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001706X21000930?via%3Dihub>>.

Acesso em: 25 fev. 2024.

ALENCAR, J. C. G., SOUZA, H. P. Sepsis. In: VELASCO, I. T. et al. (Ed.). *Medicina de Emergência: abordagem prática*. 14ª Ed. Barueri: Manole, 2020. Cap. 9, p. 168-180.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica (nº 28, v. 1): Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 21 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2024.

CECIL, E. et al. Factors associated with potentially missed acute deterioration in primary care: cohort study of UK general practices. **British Journal of General Practice**. Londres, v. 71, n. 708, p. e547-e554, jul. 2021. Disponível em: <<https://bjgp.org/content/bjgp/71/708/e547.full.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

EVANS, L. et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. **Critical Care Medicine**. Chicago, v. 49, n. 11, p. e1063-e1143, nov. 2021. Disponível em: <[https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2021/11000/surviving\\_sepsis\\_campaign\\_\\_international.21.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2021/11000/surviving_sepsis_campaign__international.21.aspx)>. Acesso em: 24 fev. 2024.

FARIAS, Deborah Curvelo de et al. Acolhimento e resolubilidade das urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, p. 79-87, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/gp3sNPS4V6NYfZf5BF3bfxD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 mar. 2024.

FREITAS, T. C. C. et al. A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento às Urgências e Emergências: à luz da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. sup. n. 38, jan. 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2881>>. Acesso em: 24 fev. 2024.



GUSSO, G., MACHADO, L. B. M. Atenção primária à saúde. In: GUSSO, G., LOPES, J. M. C., DIAS, L. C. (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 4, p. 28-36.

LOOTS, F. J. et al. Recognition of sepsis in primary care: a survey among GPs. **BJGP Open**. V. 1, n. 2, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169959/pdf/bjgpopen-1-965.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2025.

\_\_\_\_\_. Management of sepsis in out-of-hours primary care: a retrospective study of patients admitted to the intensive care unit. **BMJ Open**. V. 8, 2018. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/9/e022832.full.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2024.

MOTTA, M. et al. Current management of suspected sepsis in primary care. **Prescriber**. V. 34, n. 6, p. 25-28, jun. 2023. Disponível em: <<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/psb.2073>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

MULDERS, M. C. F. et al.. Use of sepsis-related diagnostic criteria in primary care: a survey among general practitioners. **Family Practice**. Oxford, v. 38, n. 5, p. 617-622, set. 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8527837/pdf/cmab020.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2025.

PULLYBLANK, A. et al. Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project. **British Journal of General Practice**. Londres, v. 70, n. 695, p. e381–e388, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147668/pdf/bjgpjun-2020-70-695-e381-oa.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

RUDD, K. E. et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. **Lancet**. Vol. 395, p. 200-211, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2932989-7>>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SCOTT, L. J. et al. Association between National Early Warning Scores in primary care and clinical outcomes: an observational study in UK primary and secondary care. **British Journal of General Practice**. Londres, v. 70, n. 695, p. e374-e380, jun. 2020. Disponível em: <<https://bjgp.org/content/bjgp/70/695/e374.full.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

SILVA, E. et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). **Critical Care**. V. 8, p. R251-R260, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC522852/pdf/cc2892.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. Sepsis: from bench to bedside. **Clinics**. São Paulo, v. 63, n.1, p. 109-120, 2008. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664172/pdf/cln63\\_1p0109.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664172/pdf/cln63_1p0109.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SMELA, B. et al. Rapid literature review: definition and methodology. **J Mark Access Health Policy**. V. 11, n. 1, jul. 2023. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10392303/pdf/ZJMA\\_11\\_2241234.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10392303/pdf/ZJMA_11_2241234.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions**. 2020. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334216/9789240010789-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 mar. 2024.

## APÊNDICE - RESUMO DAS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO RÁPIDA

**Quadro 1 - Association between National Early Warning Scores (NEWS) in primary care and clinical outcomes: an observational study in UK primary and secondary care**

<b>TÍTULO</b>	Association between National Early Warning Scores (NEWS) in primary care and clinical outcomes: an observational study in UK primary and secondary care
<b>AUTORES</b>	Lauren J Scott, Niamh M Redmond, Alison Tavaré, Hannah Little, Seema Srivastava e Anne Pullyblank
<b>REVISTA</b>	British Journal of General Practice
<b>PAÍS DE ESTUDO</b>	Inglaterra
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2020
<b>OBJETIVOS</b>	O principal objetivo do estudo foi realizar uma apuração entre o NEWS calculado no momento do encaminhamento pelo médico de família para o hospital e o processo oportuno de atendimento, isto é, investigar se os pacientes são atendidos mais rapidamente com o NEWS. Como objetivo secundário, o estudo buscou analisar os resultados clínicos no hospital
<b>TIPOS DE ESTUDO</b>	Estudo Observacional
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	Utilizou-se o banco de dados Clinical Information Systems Suite (CISS), com estes vinculados ao NHS
<b>PERÍODO DE ESTUDO</b>	1º de julho de 2017 a 31 de dezembro de 2018
<b>POPULAÇÃO</b>	Cerca de quinhentas mil pessoas atendidas no maior hospital do Sudoeste da Inglaterra
<b>INTERVENÇÃO</b>	A intervenção baseou-se no uso do NEWS pelos médicos de família antes do encaminhamento ao hospital
<b>COMPARATIVO</b>	Foi realizada uma comparação dos dados com os encaminhamentos pelos médicos de família ao hospital que não utilizaram o NEWS
<b>DESFECHO(S)</b>	Avaliou-se o tempo desde o encaminhamento até a chegada ao hospital (por ambulância ou outro tipo de transporte), tempo desde a chegada ao hospital até a avaliação pelo médico, grau do médico avaliador, tempo de internação hospitalar, diagnóstico primário de sepse, internação em UTI, mortalidade em 2 dias e mortalidade em 30 dias

<b>CRITÉRIOS INCLUSÃO</b>	<b>DE</b> Foram incluídos no estudo pacientes atendidos por GPs e internados na unidade de internação médica
<b>CRITÉRIOS EXCLUSÃO</b>	<b>DE</b> Foram excluídos do estudo pacientes cirúrgicos e encaminhados do Pronto-Socorro (PS) ou de outros ambientes hospitalares; dados repetidos, isto é, onde a identificação do paciente e a data de encaminhamento apareceram mais de uma vez
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Total de 13.047 internações médicas de GPs na MAU, sendo 56% do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 69 anos;</li> <li>● <b>NEWS registrado:</b> 74% em julho de 2017 e 78% em dezembro de 2018: NEWS 0-2 = 42%, NEWS 3-4 = 17%, NEWS 5-6 = 11%, NEWS <math>\geq</math> 7 = 8%;</li> <li>● <b>NEWS não registrado (NR)</b> = 22%;</li> <li>● A pontuação mediana do NEWS = 2;</li> <li>● NEWS foi maior nos pacientes mais velhos;</li> <li>● Os valores de NEWS tiveram menor probabilidade de serem registrados à noite (20h00 às 8h00);</li> <li>● O tempo mediano desde o encaminhamento do GP até a chegada na MAU foi de 79 minutos;</li> <li>● Para os pacientes transportados por ambulância (21%), à medida que o NEWS aumentou, o tempo do encaminhamento à chegada diminuiu, e os pacientes com NEWS = NR tiveram tempos muito semelhantes àqueles com NEWS = 0 a 2;</li> <li>● Os pacientes transportados por ambulância apresentaram valores de NEWS mais elevados (34% versus 15% de NEWS<math>\geq</math>5) e transportes mais lentos (116 minutos versus 71 minutos) do que pacientes que utilizam outros meios de transporte;</li> <li>● O tempo médio desde a chegada até a revisão médica foi de 74 minutos / À medida que o valor de NEWS aumentou, o tempo médio de chegada até a revisão diminuiu; para pacientes com NEWS = NR, os tempos foram semelhantes aos pacientes com NEWS = 0 a 2;</li> <li>● Os pacientes com NEWS mais alto tinham maior probabilidade de serem atendidos por um médico experiente (com registro de especialidade ou consultor) do que os pacientes com NEWS mais baixo;</li> <li>● À medida que o NEWS aumentou, o LOS médio aumentou, com uma mediana de 1 dia (IQR 0–5), 3 dias (IQR 1–7), 4 dias (IQR 2–10) e 5 dias (IQR 2–11) para pacientes com encaminhamento NEWS de 0 a 2, 3 a 4, 5 a 6 e <math>\geq</math>7, respectivamente;</li> <li>● Pacientes com NEWS = NR tiveram um tempo de permanência mediano de 2 dias</li> <li>● Um paciente com NEWS <math>\geq</math>7 tinha 8 vezes mais chance de mortalidade em comparação com alguém com NEWS = 0 a 2;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apenas 0,7% dos pacientes foram internados na UTI. As chances de internação na UTI e/ou mortalidade hospitalar aumentaram à medida que o NEWS aumentou / 4,6% dos pacientes tiveram diagnóstico primário de sepse e 31,3% tiveram SOS. As chances de sepse e SOS aumentaram à medida que o NEWS do encaminhamento aumentou;</li> <li>● 0,7% e 6,6% dos pacientes morreram dentro de 2 dias e 30 dias após a admissão, respectivamente;</li> <li>● À medida que o NEWS aumentou, a mortalidade em 2 dias aumentou;</li> <li>● Um padrão semelhante foi observado para a mortalidade em 30 dias.</li> </ul>
<b>RISCO DE VIÉS E LIMITAÇÕES</b>	<p>Embora o conjunto de dados seja grande, baseia-se em apenas um hospital e, por isso, pode não ser generalizável. Como se trata de dados rotineiros e retrospectivos do NHS, é provável que contenham erros de entrada de dados, mesmo que sejam limpos metodicamente antes da análise. Ademais, pode não refletir todo o contexto da interação entre os cuidados primários e secundários. Somado a isso, não se sabe se a diminuição dos tempos de transporte da ambulância e de chegada aos horários de revisão com NEWS mais elevado deveu-se ao próprio NEWS ou porque a equipe de saúde reconheceu que os pacientes estavam mais doentes. Pode haver dados faltantes sobre o status do transporte da ambulância devido às suas origens de texto livre e, portanto, esses dados podem não ser robustos. Finalmente, os dados deste estudo referem-se ao NEWS e não ao NEWS2 atualizado.</p>
<b>CONCLUSÕES</b>	<p>As descobertas devem contribuir de alguma forma para aumentar a confiança dos GPs no uso do NEWS (agora NEWS2) para comunicar a acuidade do paciente à equipe de ambulâncias e aos cuidados secundários. Deve-se garantir aos médicos de família, tanto a nível local como nacional, que, quando utilizado em conjunto com o julgamento clínico, o cálculo do NEWS nos cuidados primários faz-se necessário em termos do seu impacto na melhoria dos processos clínicos de avaliação e tratamento dos seus pacientes. Embora o NEWS possa ser usado por atendentes de chamadas de ambulância e paramédicos para triagem, os pacientes e cuidadores poderiam beneficiar-se da educação sobre o NEWS para garantir que, se obtiverem uma pontuação mais alta, isso possa ser comunicado e eles possam garantir uma transferência imediata para o hospital</p>
<b>LEGENDA</b>	<p>GP: Médico de Família  MAU: Unidade de Internação Médica  LOS: Tempo de Internação Hospitalar  SOS: Suspeita de Sepse</p>

**Quadro 2 - Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project**

<b>TÍTULO</b>	Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project
<b>AUTORES</b>	Anne Pullyblank, Alison Tavaré, Hannah Little, Emma Redfern, Hein le Roux, Matthew Inada-Kim, Kate Cheema e Adam Cook
<b>REVISTA</b>	British Journal of General Practice
<b>PAÍS DE ESTUDO</b>	Inglaterra
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2020
<b>OBJETIVOS</b>	O projeto objetivou padronizar o NEWS nos cuidados secundários e introduzir o NEWS na comunidade e nos cuidados primários e descrever uma visão geral de uma implementação do NEWS em todo o sistema para avaliação e comunicação de pacientes gravemente indispostos em uma região, além de apresentar evidências de que o uso do NEWS no atendimento pré-hospitalar está associado a melhores resultados em pacientes com suspeita de sepse
<b>TIPOS DE ESTUDO</b>	Projeto de melhoria da qualidade
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	Utilizou-se dados eletrônicos e auditorias em papéis do <i>Institute for Healthcare Improvement</i> para o oeste da Inglaterra e dados do Serviço de Usos Secundários e utilizados em acordo com o NHS England para o restante da Inglaterra
<b>PERÍODO DE ESTUDO</b>	Março de 2015 a Março de 2019
<b>POPULAÇÃO</b>	População do Oeste da Inglaterra
<b>INTERVENÇÃO</b>	Equipes de todo o sistema de saúde reuniram-se regularmente para partilhar e testar ideias, definir resultados, identificar aprendizagem e desenvolver material educativo. Cada organização individual utilizou metodologia de melhoria da qualidade para adotar o NEWS e compartilhou sucessos e barreiras à implementação. Os materiais educacionais incluíam dois kits de ferramentas on-line para implementação do NEWS e adoção de comunicação estruturada, cartões NEWS laminados para cordões e pôsteres e apresentações para uso local. Eventos colaborativos de todo o sistema foram realizados a cada seis meses e as equipes também se reuniram em grupos de tarefas comunitárias de saúde, alinhando-se aos grupos de comissionamento clínico
<b>COMPARATIVO</b>	Comparou-se os resultados com a população do Oeste da Inglaterra

	com o restante da população
<b>DESFECHO(S)</b>	Avaliou-se a taxa de mortalidade em pacientes com suspeita de sepse
<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	-
<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	-
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No início de 2017, a maioria dos serviços introduziu o NEWS;</li> <li>● Houve uma redução na mortalidade no Oeste da Inglaterra a partir do início de 2017;</li> <li>● Além disso, houve uma sugestão de que os picos de inverno são menos extremos;</li> <li>● A região Oeste tem agora a mortalidade mais baixa na coorte SOS em toda Inglaterra;</li> <li>● O LOS no Oeste da Inglaterra para pacientes com SOS diminuiu em um dia após a introdução do NEWS.</li> </ul>
<b>RISCO DE VIÉS E LIMITAÇÕES</b>	As limitações do presente estudo são que, embora a mortalidade de pacientes com SOS tenha reduzido na área de cobertura da WEAHSN, local e nacionalmente tem tido muito foco no reconhecimento da sepse, portanto, nem todas as melhorias nos resultados podem ser atribuídas ao uso do NEWS em todo o sistema
<b>CONCLUSÕES</b>	O uso do NEWS no atendimento pré-hospitalar padroniza a comunicação e permite que o elemento de rastreamento e acionamento do NEWS comece um passo antes, em vez de na chegada ao hospital, para que o paciente seja atendido na hora certa, no lugar certo, pelo grau apropriado de clínico. Isto é conseguido por meio de pré-alertas ao Pronto-Socorro (PS) para os pacientes mais doentes, gestão mais segura das filas de ambulância, avaliação objetiva e triagem dos atendentes do PS e triagem segura de admissões selecionadas com NEWS menor que 3 para atendimento ambulatorial. Ademais, o NEWS também fornece avaliação objetiva da saúde física de presos e pacientes com problemas de saúde mental. Por fim, ao longo de 4 anos, a adoção do NEWS nos cuidados primários e comunitários e a comunicação do NEWS na transferência de cuidados levou a uma redução na mortalidade em pacientes com SOS em comparação com o resto da Inglaterra, sem aumentar as internações
<b>LEGENDA</b>	SOS = suspeita de sepse LOS = tempo de internação WEAHSN = Rede Acadêmica de Ciências da Saúde do Oeste da Inglaterra

**Quadro 3 - Knowledge of health workers relating to sepsis awareness and management in Lamberene, Gabon**

<b>TÍTULO</b>	Knowledge of health workers relating to sepsis awareness and management in Lamberene, Gabon
<b>AUTORES</b>	Bayode R Adegbite, Jean Ronald Edoa, Jamie Rylance, Shevin T Jacob, Paul Kawale, Ayola A Adegnika e Martin P Grobuscha
<b>REVISTA</b>	Acta Tropica
<b>PAÍS DE ESTUDO</b>	Gabão
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2021
<b>OBJETIVOS</b>	O estudo objetivou investigar o conhecimento sobre a conscientização e a gestão da sepse entre profissionais de saúde em Lambaréné, Gabão
<b>TIPOS DE ESTUDO</b>	Estudo Transversal
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	Profissionais de saúde de Lambaréné, da província de Moyen-Ogooué, no Gabão
<b>PERÍODO DE ESTUDO</b>	Fevereiro de 2020 a Junho de 2020
<b>POPULAÇÃO</b>	Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) de sete unidades de saúde, incluindo um hospital de referência (HAS), um centro de investigação médica (CERMEL) e cinco unidades de saúde de cuidados primários (PHFs) em Lambaréné, na província de Moyen-Ogooué, no Gabão
<b>INTERVENÇÃO</b>	-
<b>COMPARATIVO</b>	-
<b>DESFECHO(S)</b>	-
<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	Todos os profissionais de saúde que consentiram participar do estudo
<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	-
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 115 profissionais preencheram todo o questionário;</li> <li>• 49,6% participantes eram provenientes do hospital de referência regional;</li> <li>• 15% eram médicos e 53% eram auxiliares de enfermagem;</li> <li>• A mediana do tempo de serviço do profissional de saúde incluído foi de 7 anos;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48,7% responderam que “a sepse é uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção”;</li> <li>• O sinal de sepse reconhecido pela maior proporção de participantes foi febre (92%), seguida de alteração do estado mental (74,8%) e taquicardia (67%); os sinais menos reconhecidos foram taquipneia e hipotermia;</li> <li>• Uma grande proporção concordou que garantir o acesso intravenoso de grande calibre, o início de hemoculturas e a terapia antibiótica de amplo espectro são importantes para o sucesso do tratamento da sepse;</li> <li>• Apenas 32% responderam que em caso de hipotensão, a reanimação inicial com fluidos cristalóides é importante;</li> <li>• 26% dos entrevistados relataram conhecer o escore qSOFA e somente 13% reconheceu os três critérios que o compõem.</li> </ul>
<b>RISCO DE VIÉS E LIMITAÇÕES</b>	Apesar de o inquérito ter sido aplicado de forma semelhante entre os inquiridos, existe a possibilidade de os inquiridos se terem sentido compelidos a fornecer “respostas socialmente aceitáveis” em vez de respostas que refletissem a sua verdadeira opinião ou conhecimento do tópico. Este estudo não foi realizado na escala completa de um estudo abrangente de Conhecimento, Atitudes e Prática (CAP), devido ao curto período disponível para conduzir o estudo
<b>CONCLUSÕES</b>	Existe uma lacuna de conhecimento dos profissionais de saúde de Lambaréné sobre a sepse. A maioria dos entrevistados desconhecia a nova definição de Sepse-3. Em geral, o conhecimento do médico é melhor que o dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Existe uma oportunidade para introduzir programas regulares de formação em sépsis, independentemente do tipo de unidades de saúde pesquisadas

**Quadro 4 - Management of sepsis in out-of-hours primary care: a retrospective study of patients admitted to the Intensive Care Unit**

<b>TÍTULO</b>	Management of sepsis in out-of-hours primary care: a retrospective study of patients admitted to the Intensive Care Unit
<b>AUTORES</b>	Feike J Loots, Marleen Smits, Carlijn van Steensel, Paul Giesen, Rogier M Hopstaken e Arthur R H van Zanten
<b>REVISTA</b>	BMJ Open
<b>PAÍS DE ESTUDO</b>	Holanda
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2018
<b>OBJETIVOS</b>	O estudo objetivou explorar o papel das cooperativas de GP da Holanda no cuidado de pacientes com sepse

<b>TIPOS DE ESTUDO</b>		Estudo Retrospectivo
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	<b>DE</b>	O estudo baseou-se em prontuários médicos de pacientes internados na UTI do Hospital Gelderse Vallei, localizado em Ede, na Holanda, por sepse de início na comunidade
<b>PERÍODO ESTUDO</b>	<b>DE</b>	Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015
<b>POPULAÇÃO</b>		Pacientes internados entre 1º de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2015 na UTI do Hospital Gelderse Vallei por sepse de início na comunidade
<b>INTERVENÇÃO</b>		-
<b>COMPARATIVO</b>		-
<b>DESFECHO(S)</b>		Avaliou-se o contato com a cooperativa de GP nas 72 horas anteriores à admissão hospitalar, tipo de contato, atraso desde o contato até à chegada ao hospital, diagnóstico do GP, sinais vitais iniciais e valores laboratoriais e mortalidade hospitalar
<b>CRITÉRIOS INCLUSÃO</b>	<b>DE</b>	Foram incluídos no estudo pacientes com idade maior ou igual a 18 anos; internados na UTI em até 24 horas após a chegada ao hospital; e com diagnóstico de sepse durante internação na UTI
<b>CRITÉRIOS EXCLUSÃO</b>	<b>DE</b>	Foram excluídos do estudo pacientes com as seguintes condições: em que a sepse não foi o principal motivo de internação na UTI; readmissões após internação inferior a 7 dias; pacientes encaminhados para o Pronto-Socorro (PS) pela cooperativa do GP, mas não admitidos após avaliação inicial do PS (já que o atraso no tratamento hospitalar não é causado pelo GP nesses pacientes); tratamento médico acompanhado pelos cuidados secundários; transferência de ou para outro hospital; e endereço residencial fora da área de influência da cooperativa GP no momento da admissão
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<b>DOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 480 pacientes com sepse foram identificados por meio de busca automatizada do PDMS;</li> <li>● Foram excluídos 217 pacientes;</li> <li>● Dos 263 pacientes incluídos, 48,2% tiveram contato prévio com a cooperativa de GP nas 72 horas anteriores à admissão hospitalar; 76,4% tiveram um contato com a cooperativa de GP antes da admissão hospitalar, 18,1% tiveram dois contatos e 5,5% mais de dois;</li> <li>● Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as características dos pacientes com e sem contato cooperativo prévio com o GP;</li> <li>● De todos os pacientes incluídos, 53,2% chegaram ao PS fora do horário comercial;</li> <li>● Dos pacientes que chegaram fora do horário ao pronto-socorro, 75,7% contataram a cooperativa de GP nas</li> </ul>

	<p>últimas 72 horas, em comparação com 17,1% dos pacientes que chegaram dentro do horário;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dos 127 pacientes que tiveram contato prévio com a cooperativa de GP, em 12,6% o paciente foi transferido diretamente para o hospital por ambulância, após triagem telefônica e sem avaliação presencial do médico de família, em 59,8% foi realizada visita domiciliar após triagem telefônica e em 18,9% foi realizada consulta presencial na cooperativa de GP; os restantes 8,7% receberam aconselhamento telefônico;</li><li>• 63% dos pacientes receberam categoria de triagem de alta urgência após triagem telefônica. Nos pacientes avaliados em visita domiciliar, 65,8% foram encaminhados ao hospital após esse contato inicial, em comparação com 58,3% dos pacientes que receberam consulta clínica;</li><li>• O atraso médio até a chegada ao hospital foi de 1,7 horas para a coorte total. Como esperado, o atraso médio em caso de envio imediato de ambulância foi menor (mediana de 1,0 hora) e maior após aconselhamento apenas por telefone (mediana de 15,1 horas);</li><li>• As taxas de mortalidade nos diferentes subgrupos tiveram uma ampla variação (0,0% –38,1%), mas os subgrupos eram demasiado pequenos para alcançar diferenças estatisticamente significativas;</li><li>• 100 pacientes (76 visitas domiciliares e 24 consultas clínicas) receberam avaliação presencial por um clínico geral;</li><li>• Em 57/100 casos, foi diagnosticada ou suspeitada uma infecção, e em apenas 6 casos esta foi documentada como sepse ou possível sepse. Caso não houvesse suspeita de infecção após a avaliação inicial do GP, a taxa de mortalidade foi maior em comparação com pacientes com suspeita de infecção (41,9% vs 15,8%);</li><li>• Os pacientes sem suspeita de infecção eram mais velhos (idade média de 71 anos versus 65 anos). Neste grupo, a frequência respiratória e a temperatura foram registradas com menor frequência, bem como o número total de sinais vitais (1,6 versus 2,4). A febre (temperatura maior que 38°C) foi registrada com maior frequência quando havia suspeita de infecção (54,4% em comparação com 11,6% em doentes sem suspeita de infecção);</li><li>• Não houve associação entre atraso e mortalidade hospitalar.;</li><li>• No modelo de regressão logística multivariável, o aumento da mortalidade quando não havia suspeita de infecção permaneceu estatisticamente significativo após correções para os possíveis fatores de confusão idade, multimorbidade, escore APACHE II e escore SOFA;</li><li>• Nos pacientes que foram encaminhados ao pronto-socorro após a primeira avaliação do médico de família, a taxa de</li></ul>
--	---

	<p>mortalidade dos pacientes com suspeita de infecção foi de 12,5%, em comparação com 56,0% quando o médico de família não suspeitou de infecção. Nos pacientes não encaminhados após o primeiro contato, a mortalidade hospitalar foi de 22,2% em ambos os grupos.</p>
<b>RISCO DE VIÉS E LIMITAÇÕES</b>	<p>O estudo foi realizado em apenas um hospital geral de grande porte e, por isso, os resultados podem não ser os mesmos para outras áreas dos Países Baixos ou de outros países. Outra limitação do estudo é o desenho retrospectivo e a seleção de pacientes que necessitam de tratamento na UTI para sepse. Pacientes com sepse que foram prontamente reconhecidos e encaminhados com urgência ao Pronto-Socorro por um clínico geral podem ter sido tratados com sucesso em enfermarias regulares e, portanto, não receberam tratamento na UTI. Isso pode ter resultado em uma seleção de pacientes que foram tratados de forma menos adequada na fase pré-hospitalar. Contudo, isto também implicaria que as admissões na UTI poderiam ser evitadas se a detecção pelo médico de família fosse melhorada</p>
<b>CONCLUSÕES</b>	<p>A detecção clínica de sepse pelos médicos de família na atenção primária revela-se difícil. Nesse cenário, mais de um terço dos pacientes admitidos na UTI com sepse inicialmente avaliados por médicos de clínica geral na atenção primária fora do expediente não foram encaminhados para um hospital. Em quase metade dos pacientes, o médico de família não suspeitou de infecção. Ademais, as maiores taxas de mortalidade foram observadas naqueles pacientes nos quais os médicos de família não suspeitavam de infecção. Portanto, os esforços para melhorar a identificação e o tratamento da sépsis nos cuidados primários não devem limitar-se aos pacientes com sinais óbvios de infecção, mas também incluir os pacientes com doença aguda sem um diagnóstico claro</p>
<b>LEGENDA</b>	<p>GP = Médico de Família PDMS = Sistema de Gerenciamento de Dados do Paciente</p>

**Quadro 5 - Recognition of sepsis in primary care: a survey among GPs**

<b>TÍTULO</b>	Recognition of sepsis in primary care: a survey among GPs
<b>AUTORES</b>	Feike J Loots, Roeland Arpots, Rick van den Berg, Rogier M Hopstaken, Paul Giesen e Marleen Smits
<b>REVISTA</b>	BJGP Open
<b>PAÍS DE ESTUDO</b>	Holanda
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2017

<b>OBJETIVOS</b>	O estudo objetivou obter mais informações sobre o atual processo de tomada de decisão clínica dos GPs em pacientes com infecções agudas e estabelecer como os GPs utilizam a medição dos sinais vitais na decisão de encaminhar um paciente para o hospital
<b>TIPOS DE ESTUDO</b>	Estudo Transversal
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	Utilizou-se um questionário quantitativo baseado nas escalas Likert
<b>PERÍODO DE ESTUDO</b>	Março de 2016
<b>POPULAÇÃO</b>	Amostra aleatória de 800 médicos de família holandeses fornecida pelo Instituto Holandês de Pesquisa em Serviços de Saúde (NIVEL)
<b>INTERVENÇÃO</b>	-
<b>COMPARATIVO</b>	-
<b>DESFECHO(S)</b>	Avaliou-se a decisão de encaminhar ou não um paciente com suspeita de sepse por parte dos médicos de família ao hospital
<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	-
<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	Os questionários foram excluídos se as questões básicas não foram respondidas, se o questionário não foi preenchido pelo médico de família pretendido ou se o caso fosse de paciente com idade inferior a 18 anos
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos 800 questionários enviados, 11 foram encontrados incorretamente respondidos;</li> <li>• Dos 789 restantes, foram concluídos 163, dos quais 160 (20,3%) foram incluídos e três foram excluídos por incompletude;</li> <li>• A idade média dos respondentes foi de 46,5 anos e 59,4% eram mulheres;</li> <li>• Nos casos autorreferidos de pacientes encaminhados ao hospital, os pacientes tinham idade média de 64,3 anos e os pacientes foram atendidos principalmente em visitas domiciliares (59,2%);</li> <li>• Nos casos de pacientes tratados com antibióticos orais, a média de idade foi de 50,4 anos e 88,3% referiam-se a consultas regulares. O trato respiratório foi o local mais comum de infecção tanto nos pacientes encaminhados (60,3%), quanto nos pacientes tratados com antibióticos (53,9%);</li> <li>• Os aspectos da história e do exame físico considerados mais importantes nos casos de pacientes encaminhados foram aparência geral (94,1%), pressentimento (92,1%), história</li> </ul>

	<p>(92,0%) e exame físico (89,3%). As medidas de sinais vitais mais frequentemente realizadas foram a temperatura corporal e a frequência cardíaca. O tempo de enchimento capilar foi medido com menor frequência. Todos os sinais vitais foram medidos com maior frequência nos pacientes referidos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Em relação às questões sobre se condições pré-mórbidas específicas influenciaram a decisão de encaminhar um paciente com uma possível infecção grave em geral, os respondentes concordaram mais sobre o uso crônico de medicação imunossupressora (96,8%) e multimorbidade (83,6%);</li> <li>● Os aspectos da história que foram mencionados como importantes por mais de 80% foram: incapacidade de ficar em pé, efeito insuficiente do tratamento antibiótico anterior, rápida progressão da doença e diminuição do débito urinário;</li> <li>● Os três aspectos do exame físico mais mencionados foram estado mental alterado (98,7%), pressão arterial sistólica menor que 100 mmHg (93,7%) e frequência respiratória maior que 22 por minuto (86,1%).</li> </ul>
<b>RISCO DE VIÉS E LIMITAÇÕES</b>	<p>Uma limitação do estudo é a taxa de resposta bastante baixa, pouco acima de 20%. Isto pode ser devido ao investimento de tempo solicitado de 15 minutos. Outra explicação possível é que os respondentes que iniciaram o questionário não conseguiram lembrar-se (com precisão) do último paciente que encaminharam para o hospital devido a uma infecção e não preencheram o questionário. Diversas formas de viés poderiam ter influenciado os resultados. Em primeiro lugar, a recordação da avaliação e relevância dos sinais vitais pode não ser precisa, especialmente quando o caso ocorreu mais do que alguns dias antes do preenchimento do questionário. Em segundo lugar, o viés de recordação dos respondentes pode ter feito com que não tivessem escolhido o último caso. Pacientes mais graves são lembrados melhor e mais sinais vitais poderiam ter sido avaliados nesses casos. Finalmente, os médicos de clínica geral que realizam mais medições dos sinais vitais em geral poderão ter maior probabilidade de preencher o questionário. Estas possíveis formas de viés provavelmente resultarão em uma superestimação dos sinais vitais medidos.</p>
<b>CONCLUSÕES</b>	<p>Em casos autorrelatados de pacientes encaminhados devido a uma possível infecção grave, a temperatura corporal, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a saturação periférica de oxigênio foram medidas na maioria dos pacientes, mas não foram percebidas como mais importantes para a tomada de decisão clínica do que o história, aparência geral e intuição. Somado a isso, os GPs, em geral, consideram o uso de medicamentos imunossupressores, a multimorbidade e o diabetes como motivos importantes para encaminhar um paciente ao hospital com uma possível infecção grave. A incapacidade de ficar em pé e o efeito insuficiente do</p>

	<p>tratamento antibiótico anterior foram os dois aspectos mais importantes da história para a decisão de encaminhar um paciente. Os sinais individuais do qSOFA (estado mental alterado, pressão arterial sistólica menor que 100 mmHg e frequência respiratória maior ou igual a 22 por minuto), foram todos classificados como (muito) importantes para encaminhamento pela grande maioria dos respondentes. Os outros sinais dos critérios SIRS (temperatura corporal menor que 36 °C ou maior que 38,° e frequência cardíaca maior que 90 por minuto) foram muito importantes para menos de metade dos respondedores.</p>
--	---

**Quadro 6 - Use of sepsis-related diagnostic criteria in primary care: a survey among general practitioners**

<b>TÍTULO</b>	Use of sepsis-related diagnostic criteria in primary care: a survey among general practitioners
<b>AUTORES</b>	Merijn CF Mulders,, Feike J saques, Joey van Nieuwenhoven, Jan C ter Maaten e Hjalmar R Bouma
<b>REVISTA</b>	Family Practice
<b>PAÍS DE ESTUDO</b>	Holanda
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2021
<b>OBJETIVOS</b>	O estudo objetivou avaliar se os critérios de sepse, como SIRS, qSOFA e UK Sepsis Trust, são conhecidos e usados pelos GPs, e quais sinais os GPs associam a uma maior probabilidade de sepse
<b>TIPOS DE ESTUDO</b>	Estudo Transversal (on-line)
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	Utilizou-se um questionário enviado aos GPs e respondido pela REDCap (Research Electronic Data Capture) - uma plataforma de software segura baseada na web projetada para apoiar a captura de dados para estudos de pesquisa
<b>PERÍODO DE ESTUDO</b>	Setembro de 2019
<b>POPULAÇÃO</b>	2560 médicos de família da Holanda
<b>INTERVENÇÃO</b>	-
<b>COMPARATIVO</b>	-
<b>DESFECHE(S)</b>	Avaliou-se o reconhecimento de sepse pelos GPs
<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	-

<b>CRITÉRIOS EXCLUSÃO</b>	<b>DE</b> Foram excluídos questionários em que as perguntas não respondidas foram consideradas dados faltantes nas análises. As pesquisas foram excluídas da análise se nenhum dos casos fosse concluído
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 229 GPs (8,9%), dos 2.560 GPs que foram contatados, responderam à pesquisa;</li> <li>● Destes, 23 (10%) tiveram que ser excluídos porque nenhum dos seis casos fictícios foi concluído;</li> <li>● 54,9% dos respondentes eram do sexo feminino, com idade mediana de 49,5 anos e mediana de 16 anos de experiência;</li> <li>● A minoria dos GPs que responderam recebeu treinamento em sepse nos últimos 5 anos (20,9%) ou foi treinado como GP especializado em atendimento de emergência (2,4%);</li> <li>● Os GPs relataram com mais frequência usar a intuição para reconhecer a sepse (98,1%);</li> <li>● A deterioração contínua e uma apresentação anormal do paciente individual foram consideradas importantes no reconhecimento de um potencial paciente séptico. Embora a maioria dos GPs já tivesse ouvido falar de SIRS (75,7%), a minoria dos GPs que responderam estava familiarizada com o qSOFA (27,7%) ou com os critérios UK Sepsis Trust (UKSTc) (11,7%) (mesa 2). Apenas a minoria dos GPs utilizou SIRS, qSOFA ou UKSTc para auxiliar no reconhecimento da sepse (respectivamente, 37,9%, 7,8% e 1,5%);</li> <li>● Os GPs que receberam treinamento em sepse nos últimos 5 anos eram mais propensos a marcar um caso como sepse provável ou muito provável (P=0,002);</li> <li>● Os parâmetros GP mais fortemente associados a uma maior probabilidade de sepse como diagnóstico foram frequência respiratória, pressão arterial, tempo de enchimento capilar e estado mental (P&lt;0,001). Impressão clínica (P=0,003), saturação de oxigênio (P=0,021), quimioterapia recente (P=0,005) e a presença de erupção cutânea (P=0,037) foram outros parâmetros valorizados pelos GPs no diagnóstico de sepse;</li> <li>● Notavelmente, a educação em serviço sobre sepse, a experiência, a alta frequência de tarefas fora do expediente, o uso do ABCDE e a familiaridade com o SIRS, qSOFA ou UKSTc não aumentaram a probabilidade de identificar “corretamente” os casos como sepse. Além disso, marcar a impressão clínica (P=0,025), temperatura (P=0,030) e quimioterapia recente (P&lt;0,001) como anormal diminuiu a chance de um diagnóstico correto de “sepse”. Frequência respiratória (P=0,050), tempo de enchimento capilar (P=0,003), estado mental (P&lt;0,001) e a presença de erupção cutânea (P=0,011) ser marcado como anormal aumentou a chance de um diagnóstico de sepse “correto”.</li> </ul>
<b>RISCO DE VIÉS</b>	<b>E</b> A taxa de resposta foi bastante baixa, o que pode ter resultado em



<b>LIMITAÇÕES</b>	viés de seleção. Somado a isso, nos nossos casos todos os parâmetros vitais foram fornecidos, enquanto, na realidade, as medições dos sinais vitais, como a frequência respiratória e o tempo de enchimento capilar, frequentemente não são medidas
<b>CONCLUSÕES</b>	Embora existam várias ferramentas de triagem para melhorar o reconhecimento da sepse, a maioria dos médicos de clínica geral usa a intuição para diagnosticar a sepse. Os GPs frequentemente não estão familiarizados com os “critérios de sepse” usados em ambientes hospitalares e o reconhecimento da sepse varia muito entre os GPs. No entanto, os GPs associaram mais fortemente os sinais individuais do qSOFA à sepse como diagnóstico nos casos de teste. Com isso, ainda que os GPs relatem confiar principalmente na intuição para diagnosticar a sepse, o raciocínio clínico é baseado em fatores específicos que estão mais alinhados com a pontuação qSOFA. Desse modo, a fim de melhorar o reconhecimento da sepse nos cuidados primários, os médicos de família devem ser educados na utilização das ferramentas de rastreio disponíveis, como o qSOFA ou as regras do UK Sepsis Trust
<b>LEGENDA</b>	GP = Médico de Família