



CURSO DE MEDICINA

LUCIANO VIEIRA COUTO DE OLIVEIRA

**SEPSE E TRAUMA: DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E
TERAPÊUTICOS EM HOSPITAL REFERÊNCIA DO INTERIOR DA BAHIA**

**Salvador – BA
2022**

LUCIANO VIEIRA COUTO DE OLIVEIRA

**SEPSE E TRAUMA: DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E
TERAPÊUTICOS EM HOSPITAL REFERÊNCIA DO INTERIOR DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina
e Saúde Pública como requisito parcial
para aprovação do 4^a ano de medicina.

Orientador: Lúcio Couto de Oliveira
Junior.

Salvador – BA

2022

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, irmão e exemplo de vida profissional, por todo apoio, conhecimento e paciência ofertados durante o processo.

À minha família e amigos, pelo suporte e incentivo diário.

À minha namorada, que esteve comigo em todos os momentos difíceis, nunca me permitindo abaixar a cabeça.

RESUMO

Oliveira LVC, Oliveira LC. **Sepse e Trauma: Descrição dos Métodos Diagnósticos e Terapêuticos em Hospital Referência do Interior da Bahia.** Trabalho de Conclusão de Curso, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Medicina). Salvador, Bahia, 2022.

INTRODUÇÃO: A sepse é definida como uma alteração orgânica que ameaça a vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção, sendo uma das grandes causas de morbimortalidade ao redor do mundo. No Brasil, a incidência da Sepse é de 36.3 casos por 1000 pacientes por dia. Desses, 56% morrem no hospital, assim, de 419.047 pacientes que recebem tratamento de Sepse no Brasil, 233.409 não sobrevivem. A associação da sepse com o trauma torna o cenário ainda mais preocupante. **OBJETIVO:** Descrever os métodos diagnósticos e terapêuticos dos médicos responsáveis pelo tratamento dos pacientes vítimas de trauma com sepse na maior cidade do interior da Bahia. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional, tipo corte transversal, de caráter descritivo. O estudo foi realizado com 76 profissionais médicos - sendo essa uma amostra não probabilística de conveniência - que são responsáveis pelo manejo de vítimas de trauma que trabalham na UTI, semi-intensiva ou emergência no Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA), em Feira de Santana – BA, através de um questionário via Google Forms. Os dados coletados através das respostas foram analisados e contabilizados em um formulário previamente elaborado, com base no instrumento de coleta. **RESULTADOS:** No presente estudo, 76 médicos(a) responderam ao questionário, sendo 67.1% do sexo masculino. O intervalo de idade mais prevalente foi o de 26-30 anos (31.6%). A maioria dos médicos ainda não possui especialidade (57.9%). Referente ao ano de formatura, 60.5% se formaram entre os anos de 2017-2021. Ao serem perguntados sobre o grau de suspeita de sepse mantido ao se atender um paciente politraumatizado, 55.3% disseram que mantêm um alto grau. Para 68.4% dos médicos(a), sepse é definida como “infecção com disfunção orgânica”. Referente a utilização de escores na avaliação do paciente, 69.7% afirmaram que utilizam o SIRS e 77.6% utilizam o qSOFA. Com relação aos marcadores utilizados para avaliar disfunção orgânica, 96.1% dos médicos relataram utilizar o nível de consciência como marcador, seguido por “Hipotensão” e “Lactato” com 92.1%. Referente ao tratamento do paciente séptico, 100% dos médicos(a) relataram que já utilizaram “Antibióticos” e “Reposição volêmica” em suas práticas clínicas. Ainda sobre o tratamento, 57.9% dos profissionais relataram conhecer os bundles da sepse. **CONCLUSÃO:** Ao analisar os métodos diagnósticos e terapêuticos dos médicos que trabalham na unidade de referência proposta, foi identificado uma preferência em parcela desses profissionais em relação à utilização do qSOFA como triagem em detrimento de outros scores, o que vai de encontro a literatura atual, que preconiza o uso de escalas mais sensíveis, como o SIRS. Há também uma dificuldade em parte desses médicos na identificação dos bundles de tratamento da sepse. Apesar desses fatores, ainda é possível afirmar que existe uma aproximação com as diretrizes vigentes e os principais protocolos adaptados para a realidade da América Latina.

Palavras-Chave: Sepse, Trauma, Métodos Diagnósticos, Métodos Terapêuticos.

ABSTRACT

Oliveira LVC, Oliveira LC. **Sepsis and Trauma: Description of Diagnostic and Therapeutic Methods in a Reference Hospital in the Interior of Bahia.** Graduation Conclusion Work, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Medicine). Salvador, Bahia, 2022.

INTRODUCTION: Sepsis is defined as a life-threatening organic alteration caused by a deregulated host response to an infection, being one of the major causes of morbidity and mortality around the world. In Brazil, the incidence of sepsis is 36.3 cases per 1000 patients per day. Among these, 56% die in the hospital. Therefore, of 419,047 patients receiving treatment for Sepsis in Brazil, 233,409 do not survive. The association of sepsis with trauma makes the scenario even more difficult. **OBJECTIVE:** To describe diagnostic and therapeutic methods of physicians that assist trauma patients with sepsis in the largest city of inner Bahia. **METHODS:** This is an observational, cross-sectional, descriptive study. The study included 76 medical professionals - a non-probabilistic convenience sample - who are responsible for the management of trauma victims, workers of the ICU, semi-intensive or emergency at Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA), in Feira de Santana. – BA. They answered a questionnaire via Google Forms. The data collected were analyzed and counted in a previously elaborated form, based on the collection instrument. **RESULTS:** In this study, 67.1% of the 76 physicians that answered the questionnaire were male. The most prevalent age range was 26-30 years (31.6%). Most physicians still do not have a medical specialty (57.9%). Regarding the year of graduation, 60.5% graduated between the years 2017-2021. When asked about the degree of suspicion of sepsis maintained when caring for a polytrauma patient, 55.3% answered they maintain a high degree. For 68.4% of physicians, sepsis is defined as “infection with organ dysfunction”. Regarding the use of scores in patient assessment, 69.7% stated that they use the SIRS and 77.6% use the qSOFA. About the markers used to assess organ dysfunction, 96.1% of physicians reported using the level of consciousness as a marker, followed by “Hypotension” and “Lactate” with 92.1%. Regarding the treatment of septic patients, 100% of physicians reported that they had already used antibiotics and “Volemic replacement” in their clinical practices. Still on the treatment, 57.9% of professionals reported knowing the sepsis bundles. **CONCLUSION:** When analyzing the diagnostic and therapeutic methods of physicians working in the proposed reference unit, a preference was identified in part of these professionals regards the using of qSOFA as screening rather than other scores, what differs the current literature that recommends using more sensitive scales, such as SIRS. There is also a difficulty on part of these physicians to identify sepsis treatment bundles. Despite these factors, it is possible to affirm that there is an approximation with the current guidelines and the main protocols adapted to the reality of Latin America.

Keywords: Sepsis, Trauma, Diagnostic Methods, Therapeutic Methods.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS.....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
4. MÉTODOS	14
4.1 Desenho do Estudo.....	14
4.2 População/Amostra.....	14
4.3 Local da Pesquisa	14
4.4 Critérios de Inclusão	14
4.5 Critérios de Exclusão.....	14
4.6 Procedimento e Instrumento de Coleta.....	14
4.7 Plano de Análise Estatística.....	15
4.8 Aspectos Éticos	16
5. RESULTADOS.....	17
5.1 Perfil da Amostra.....	17
5.2 Métodos Diagnósticos	18
5.3 Métodos Terapêuticos	21
6. DISCUSSÃO	24
7. CONCLUSÃO	27
8. REFERÊNCIAS.....	28
APENDICE 1	32
APÊNDICE 2.....	37
ANEXO 1.....	38

1. INTRODUÇÃO

A sepse é definida como uma alteração orgânica que ameaça a vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção, sendo uma das grandes causas de morbimortalidade ao redor do mundo¹. Só em 2017, ela custou mais de 38 bilhões de dólares para os hospitais americanos, sendo responsável por 8.8% dos gastos agregados de todas as outras comorbidades². No Brasil, a incidência da Sepse é de 36.3 casos por 1000 pacientes por dia³. Desses, 56% morrem no hospital, o que configura uma porcentagem altíssima quando comparada com países mais desenvolvidos³. Assim, de 419. 047 pacientes que recebem tratamento de Sepse no Brasil, 233.409 não sobrevivem³.

A associação da sepse com o trauma torna o cenário ainda mais preocupante. O trauma é a principal causa de morte entre pessoas com menos de 45 anos⁴, sendo responsável por mais de 5,8 milhões de óbitos por ano ao redor do mundo, gerando o maior número de incapacitações permanentes entre todas as doenças⁵. Só em 2012, mais de 300 mil jovens (15-29 anos) faleceram em decorrência de lesões traumáticas no trânsito ao redor do mundo⁶. A sepse, por outro lado, é o que mais mata os pacientes que sobreviveram por complicações tardias (45%) do trauma⁷. Nesse ínterim, aproximadamente 25% dos internados por lesão traumática desenvolvem sepse nos hospitais, o que demonstra ainda mais a necessidade de um atendimento direcionado e consciente⁸.

Entretanto, a sepse ainda é pouco conhecida pela população e pelos médicos de forma geral. Ao passo que a conduta ao encontrar um supradesnivelamento de ST é amplamente conhecida, uma parcela bem menor identifica de forma satisfatória os parâmetros para a avaliação da sepse¹. E, ainda que a administração do Bundle da sepse em até 3 horas diminua a mortalidade intra-hospitalar⁹, somente 20% dos pacientes nos hospitais brasileiros recebem o tratamento adequado dentro do tempo previsto³. Um dos agravantes dessa condição é o fato de que os pacientes graves que adentram os hospitais são, frequentemente, atendidos por médicos menos experientes, com conhecimentos mais fragmentados, que ainda não reconhecem prontamente os sinais de deterioração que o doente apresenta no curso da sepse¹⁰.

Assim, quando médicos especialistas realizam o atendimento, a condição já está mais agravada¹⁰.

Com isso, descrever o conhecimento e a conduta em relação à sepse dos profissionais de saúde em um centro de referência de trauma, pode ajudar a identificar pontos determinantes de prognóstico na condução da vítima do trauma que evolui com sepse.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário:

Descrever os métodos diagnósticos e terapêuticos dos médicos responsáveis pelo tratamento dos pacientes vítimas de trauma com sepse na maior cidade do interior da Bahia.

2.2 Objetivos Secundários:

- I) Identificar os critérios usados pelos médicos para diagnóstico de sepse nos pacientes vítimas de trauma.
- II) Correlacionar as condutas dos médicos que atendem vítimas de trauma com as diretrizes internacionais do tratamento de sepse.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A sepse é uma doença com um fardo gigantesco para o mundo¹. Entretanto, ao contrário de outras comorbidades que possuem exames padrão ouro no escopo, a sepse não possui tais métodos diagnósticos¹. Por conta disso, sua definição e seu modo de tratamento são discutidos pela comunidade médica há décadas. Inicialmente, tinha-se que sepse era a presença da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) associada a uma infecção documentada, sendo o choque séptico a presença de hipotensão na sepse apesar da reposição volêmica¹¹. Existia ainda a sepse severa, que seria a sepse com a presença de disfunção orgânica¹¹. Porém, uma parte expressiva da população médica acreditava que esses conceitos não eram claros o suficiente¹¹. Assim, em 2001, outra força tarefa foi reunida para rever essas definições a fim de facilitar o diagnóstico da sepse. Entretanto, não houve mudanças significativas visto que faltavam evidências para isso, entretanto, novos sinais e sintomas foram destacados para ajudar no diagnóstico da sepse à beira-leito¹². Por fim, em 2016, esses conceitos sofreram mudanças significativas¹.

Hoje, a sepse é definida como uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção com a presença de disfunção orgânica¹. Com isso, o antigo conceito de sepse severa se tornou supérfluo e não é mais utilizado¹. Ademais, a SIRS não faz mais parte do conceito de Sepse, visto que ela está presente em vários pacientes hospitalizados que não apresentam nenhuma fonte de infecção, mas por ser bastante sensível para infecções, ela continua sendo utilizada para a triagem de pacientes¹. Nesse ínterim, A SIRS pode representar somente uma resposta adequada do corpo a uma infecção, ao passo que a sepse é necessariamente uma resposta desregulada do organismo¹. O choque séptico, por sua vez, está definido como uma condição derivada da sepse na qual as anormalidades do sistema circulatório e do metabolismo são profundas o suficiente para aumentar substancialmente a mortalidade¹. Nesse contexto, os critérios para identificar o choque séptico são: hipotensão persistente e um lactato > 2 mmol/L, com a necessidade de vasopressores para manter uma pressão arterial média maior ou igual a 65 mm hg apesar da reposição volêmica. Dentro desses critérios, a mortalidade excede os 40%¹. Entretanto, esses números não refletem a realidade dos países subdesenvolvidos, como o Brasil onde a mortalidade da Sepse excede os 50%, e, além disso, a avaliação do lactato não está

amplamente disponível nos hospitais, o que impossibilitaria, por definição, o diagnóstico de choque^{3,13}. Assim, de acordo com a SSC e o ILAS, Choque Séptico é definido como Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica ($PAM \leq 65 \text{ mmHg}$), de forma independente de alterações de lactato^{13,14}.

O pulmão é o principal sítio de infecção da sepse, tendo a pneumonia como a repercussão mais comum¹⁵. Em seguida vem o abdome, com peritonite, abscesso e colangite, trato urinário com pielonefrite e pele/tecidos moles com celulite e fascite^{16,17}. Juntos, esses sítios correspondem a aproximadamente 90% dos casos de sepse¹⁶. As maiores mortalidades da Sepse foram associadas com *Staphylococcus* (especialmente o resistente a meticilina), *Pseudomonas* spp., e *C. albicans*. Já o *Streptococcus pneumoniae* foi associado com uma menor taxa de mortalidade¹⁸.

O tratamento da sepse é realizado através de pacotes, que são denominados *bundles*, e, também, sofreu alterações recentes. Os antigos *bundles* de 6h e 3h foram combinados em um bundle único de 1h no trabalho realizado por Levy MM *et al*¹⁹ e também trazido pelo Surviving Sepsis Campaign 2021¹⁴, tendo como medidas: medir o nível de lactato (refazer se vier maior que 2 mmol/L); obter uma hemocultura antes da administração dos antibióticos; administrar um antibiótico de amplo espectro; fazer 30ml/kg de cristaloides caso hipotensão ou lactato ≥ 4 mmol/L; aplicar vasopressores caso o paciente esteja hipotenso durante ou após a reposição volêmica para manter a $PAM \geq 65$ mm Hg^{14,17}. A realização desse pacote dentro da janela terapêutica indicada é de fundamental importância visto que a sepse é uma emergência médica, e, assim como politrauma, infarto agudo do miocárdio e AVE, a sua rápida identificação e tratamento adequado melhoram o prognóstico do paciente^{1,14,19}.

Seus dados epidemiológicos variam muito entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, mas a sua letalidade se mantém nos mais altos níveis³. Nos Estados Unidos, 751 mil casos de sepse ocorrem anualmente com uma mortalidade de 28,65% e um custo de 22.1 mil dólares por paciente¹⁸. Na Europa, a mortalidade dentro das unidades de tratamento intensivo alcançou a média de 18,5%, com Portugal liderando as marcas com 35%¹⁸. Já a mortalidade hospitalar chegou a 24,1% na Europa e 41% só em Portugal¹⁸. Nos pacientes com choque séptico, a mortalidade ficou em 54,1%, sendo que a mortalidade na UTI em pacientes que apresentaram disfunção orgânica na admissão foi de 6%, ao passo que aqueles com 4 ou mais

disfunções tiveram uma mortalidade de 65%¹⁸. No Japão, a mortalidade na unidade de tratamento intensivo dos pacientes com infecção e disfunção orgânica foi de 29,5%, sendo que a mortalidade dos pacientes com 3 ou mais disfunções orgânicas foi muito maior comparada àqueles com 2 ou menos (42% vs 16,8%)¹⁶. Além disso, a mortalidade em pacientes com choque séptico foi significativamente maior, ratificando o conceito abordado no Sepsis-3^{1,16}.

Já no Brasil, a mortalidade dos pacientes com sepse no estudo realizado em hospitais de dois estados brasileiros (SP e SC) foi de 46,9%²¹. Os pacientes com choque séptico alcançaram 52,2% de mortalidade²¹. Em um estudo mais recente, de Machado F. *et al*^β, com a participação de 277 UTIs bem distribuídas por todo o Brasil, não foram encontradas diferenças importantes quando comparados hospitais públicos e privados. Além disso, foi evidenciado um baixo comprometimento dos profissionais de saúde com os *bundles*. Entretanto, hospitais com menores orçamentos obtiveram taxas de mortalidade mais elevadas, além de um menor comprometimento dos profissionais com o protocolo adequado³.

A sepse é um importante causador de morbimortalidade em paciente com múltiplos traumas²². Nesses indivíduos, a pele e a barreira intersticial estão lesionadas e os mecanismos de adaptação do corpo estão comprometidos, o que facilita o agravamento e a resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção²².

Em uma coorte retrospectiva realizada na Alemanha²³, a incidência de sepse nos pacientes politraumatizados foi de 10,2%, com 7% a mais de mortalidade comparados aos pacientes não-sépticos. E, por mais que a mortalidade dos pacientes politraumatizados tenha diminuído no período (1993-2008), a mortalidade do subgrupo com sepse se manteve constante²³. Além disso, foi visto que o gênero masculino se configurou como um significativo fator de risco para o desenvolvimento da sepse pós-traumática²³. Outros preditores para sepse no paciente traumático são: idade, condição médica pré-existente, glasgow ≤ 8 em cena, ISS, número de ferimentos, quantidade de hemácias transfundidas, número de procedimentos realizados e a realização de laparotomia²³.

Já no estudo realizado por Osborn *et al*²⁴, a sepse estava associada com uma alta mortalidade nos pacientes vítimas de trauma (23%). Na admissão, esses pacientes, comparados com os não-sépticos, apresentaram um alto ISS, um Glasgow menor,

uma taxa de respiração baixa e uma hipotensão significativa²⁴. A Pneumonia foi a principal causa de sepse nesses pacientes²⁴.

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, tipo corte transversal, de caráter descritivo.

4.2 População/Amostra

O estudo foi realizado com 76 profissionais médicos -sendo essa uma amostra não probabilística de conveniência - que são responsáveis pelo manejo de vítimas de trauma que trabalham na UTI, semi-intensiva ou emergência no Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA), em Feira de Santana – BA, através de um questionário (APÊNDICE 1) via Google Forms.

4.3 Local da Pesquisa

O HGCA é a maior unidade pública hospitalar da rede própria do interior do estado, pactuado com 126 municípios e atende uma população em torno de quatro milhões de pessoas. O hospital possui mais de 300 leitos e é o único que atende procedimentos de média e alta complexidade na região. Ademais, a estrutura de recepção e internamento do doente crítico é composta por 68 leitos de UTI distribuídos em 10 leitos na UTI 1 (geral), 8 leitos na UTI 2, 20 leitos na UTI 4 (neurológica) e 20 leitos na UTI 5 (cirúrgica), e na emergência há uma estabilização com 16 leitos e sala vermelha com 7 leitos. A antiga UTI 3 foi transformada em uma unidade de atendimento ao AVC em março de 2022.

4.4 Critérios de Inclusão

Médicos (a) que trabalham com o manejo de paciente vítimas de trauma e sepse no HGCA.

4.5 Critérios de Exclusão

Questionário respondido de forma incompleta (sem a resposta de perguntas obrigatórias).

4.6 Procedimento e Instrumento de Coleta

Os médicos foram acessados a partir de encontros no hospital em questão (HGCA) com os responsáveis pela pesquisa, grupos de *WhatsApp* e e-mail. Os indivíduos foram orientados a responderem o questionário até o prazo previsto, e previamente informados do tempo empregado para sua realização (10 minutos, em média). Foi aplicado um questionário (APÊNDICE 1) por meio do aplicativo *Google Forms* descrevendo os critérios usados para diagnóstico e tratamento da sepse com questões fechadas e abertas e correlacionando com os dados encontrados na literatura, sendo respondidos de forma anônima pelos médicos do HGCA. O Google recolhe informações sobre as aplicações, os navegadores e os dispositivos que a pessoa utiliza para acessar aos serviços Google. As informações recolhidas incluem os identificadores únicos, as definições e o tipo de navegador, as definições e o tipo de dispositivo, o sistema operativo e as informações da rede móvel, incluindo o nome e o número de telefone do operador, bem como o número da versão da aplicação. Também são recolhidas informações sobre a interação das aplicações, navegadores e dispositivos com os serviços Google, incluindo o endereço IP, os relatórios de falhas, a atividade do sistema e a data, a hora e o URL referenciador do seu pedido. O questionário aborda os conceitos utilizados pelo profissional, assim como os métodos seguidos para triagem, prognóstico, reconhecimento e tratamento inicial da sepse. Ele conta com 15 questões de múltipla escolha variadas com questões obrigatórias e não-obrigatórias, bem como questões de assertiva única e de escolha de uma ou mais alternativas. O questionário aborda os conceitos utilizados pelo profissional, assim como os métodos seguidos para triagem, prognóstico, reconhecimento e tratamento inicial da sepse. Também foram realizadas perguntas a respeito do perfil do entrevistado (gênero, faixa etária, ano de formação, especialidade médica e área de atuação do hospital). Para confecção desse questionário foram utilizados como base os documentos disponibilizados pelo Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), principalmente pela adequação de certos parâmetros à realidade da América Latina, o *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) e o *Sepsis-3*.

4.7 Plano de Análise Estatística

Os dados coletados pelas respostas nos questionários foram analisados e contabilizados em um formulário previamente elaborado no *Google Forms*, com base no instrumento de coleta (APÊNDICE 1). Posteriormente, os dados obtidos foram

organizados em um Banco de Dados na plataforma *Statistical Package for the Social Sciences 14* (SPSS), por meio da qual foi realizada a análise estatística, na qual as variáveis foram apresentadas em números e porcentagem, e apresentados de forma descritiva por tabelas e gráficos de acordo com a quantidade de respostas para cada alternativa.

4.8 Aspectos Éticos

Para se ter início o projeto em questão, ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado e aprovado por ele, de acordo com a Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sob o CAAE 49858521.4.0000.5544 e parecer nº 5.062.101 em 26/10/2021 (Anexo 1). As informações coletadas foram utilizadas somente para fins acadêmicos. Todos os profissionais que responderam a esse questionário permanecerão anônimos e foram esclarecidos acerca dos objetivos do presente estudo. A concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) foi de caráter obrigatório. Declaro que não há nenhum conflito de interesses.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil da Amostra

No presente estudo, 76 médicos(a) responderam ao questionário, sendo 67.1% do sexo masculino. O intervalo de idade mais prevalente foi o de 26-30 anos (31.6%), seguido pelo 31-35 (19.7%) e 36-40 (17.1%). A maioria dos médicos ainda não possui especialidade (57.9%), e, dentro os que têm, cirurgia geral corresponde a 19.7 % e terapia intensiva a 10.5%. Em relação a área de atuação, 76.3% atuam em unidades de terapia intensiva e 23.7% na emergência do HGCA. Referente ao ano de formatura, 60.5% se formaram entre os anos de 2017-2021, 19.7% entre 2012-2016. (Tabela 1).

Tabela 1. Características clínicas da amostra de pacientes que responderam ao questionário completo. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021.

Variáveis	N= 76 N (%)
Idade (intervalo em anos)	
20-25	12 (15.8%)
26-30	24 (31.6%)
31-35	15 (19.7%)
36-40	13 (17.1%)
41-45	6 (7.9%)
46-50	4 (5.3%)
51-55	2 (2.6%)
Sexo	
Masculino	51 (67.1%)
Feminino	25 (32.9%)
Área de atuação	
UTI	58 (76.3%)
Emergência	18 (23.7%)
Especialidade	
Sem especialidade	44 (57.9%)
Clínica geral	4 (5.3%)

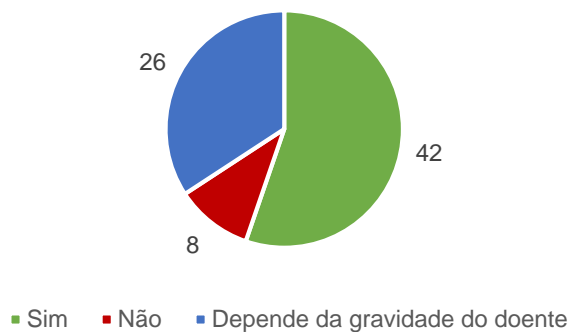
Cirurgia geral	15 (19.7%)
Cirurgia vascular	1 (1.3%)
Cirurgia do ap. digestivo	1 (1.3%)
Ultrassonografia	1 (1.3%)
Terapia intensiva	8 (10.5%)
Neurologia	2 (2.6%)
Ano de formatura (Intervalo em anos)	
1990-2003	7 (9.2%)
2004-2011	8 (10.5%)
2012-2016	15 (19.7%)
2017-2021	46 (60.5%)

5.2 Métodos Diagnósticos

Ao serem perguntados sobre o grau de suspeita de sepse mantido ao se atender um paciente politraumatizado, 55.3% disseram que mantêm um alto grau e 34.2% mantêm a depender da gravidade do doente, sendo que 10.5% não mantêm a suspeita elevada (Figura 1).

Figura 1. Grau de suspeita de sepse mantido pelos médicos(a) ao atender um paciente politraumatizado na UTI. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021 (n=76).

Ao cuidar de um paciente politraumatizado na UTI, o profissional mantém alto grau de suspeita para Sepse?



Para 68.4% dos médicos(a), sepse é definida como “infecção com disfunção orgânica”, ao passo que 27.6% a definem como “2 critérios SIRS mais infecção”. Nenhum dos participantes acredita que sepse seja apenas uma infecção (Tabela 2).

Tabela 2. Definição de sepse no conceito dos participantes. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021.

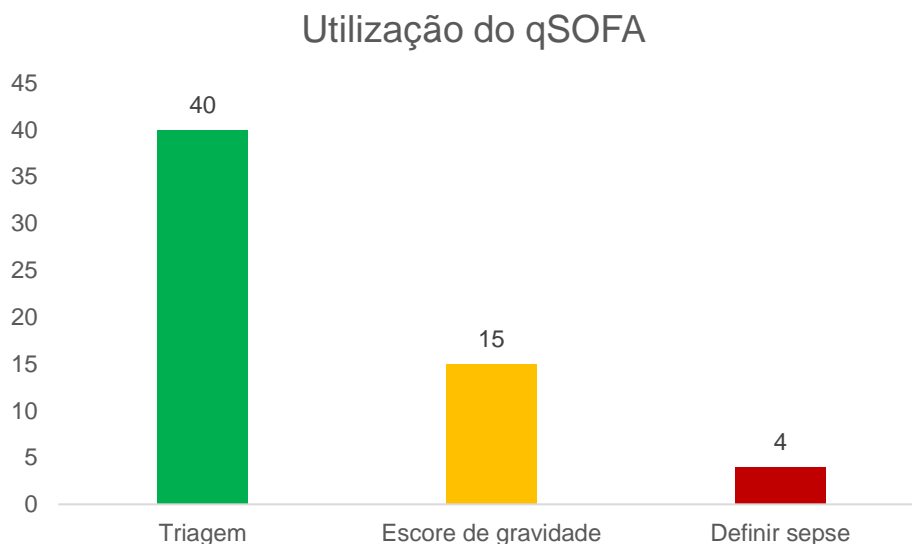
Variáveis	N (%)
	N=76
Infecção com disfunção orgânica	52 (68,4%)
2 critérios SIRS mais infecção	21 (27,6%)
Infecção presumida com lactato alterado	1 (1.3%)
Infecção com resposta desregulada do paciente	1 (1.3%)
Infecção	0 (0%)
Tanto SIRS como a infecção na presença de disfunção orgânica	1 (1.3%)

Referente a utilização de escores na avaliação do paciente, 69.7% afirmaram que utilizam o SIRS e 77.6% utilizam o qSOFA (Tabela 3). Dos que disseram utilizar o qSOFA, 67.8% utilizam para triagem, 25.4% como escore de gravidade e 6.8% para definir sepse (Figura 2). Um dos participantes que disse não utilizar o qSOFA assinalou que o utiliza como “survey”, gerando, assim, uma incongruência na resposta. Por esse motivo, “survey” não foi considerado como resposta válida.

Tabela 3. Profissionais médicos que utilizam o SIRS e o qSOFA, respectivamente, na prática clínica relacionada a SEPSE. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021.

Variáveis	N (%)
	N=76
SIRS	53 (69,7%)
qSOFA	59 (77,6%)

Figura 2. Modo que os entrevistados utilizam o qSOFA na prática clínica. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021 (n=59).



Com relação aos marcadores utilizados para avaliar disfunção orgânica, 96.1% dos médicos relataram utilizar o nível de consciência como marcador, seguido por “Hipotensão” e “Lactato” com 92.1%, “Débito Urinário com 88.2%, “Bilirrubinas” com 67.1%, “Plaquetas” com 65.1% e SvO2 com 55.3% (Tabela 4).

Tabela 4. Marcadores utilizados pelos profissionais médicos para avaliar disfunção orgânica. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021.

Variáveis	N (%)
	N=76
Hipotensão	70 (92,1%)
SvO2	45 (55,3%)
Lactato	70 (92,1%)
Nível de consciência	73 (96,1%)
Bilirrubinas	51 (67,1%)
Plaquetas	50 (65,1%)
Débito Urinário	67 (88,2%)
Creatinina	2 (2,6%)

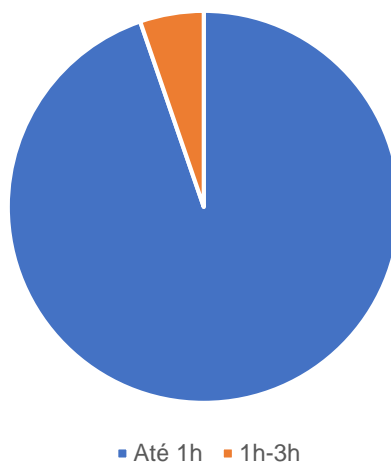
Gasometria	1 (1,3%)
Bicarbonato	1 (1,3%)
Eletrólitos	1 (1,3%)
Ph	1 (1,3%)
Relação pO2/fiO2	1 (1,3%)
Dessaturação/Dispneia	1 (1,3%)
Mottling	1 (1,3%)
Febre	1 (1,3%)
Frequência respiratória > 22 inc/min	1 (1,3%)

5.3 Métodos Terapêuticos

No que diz respeito ao tempo para administrar a primeira dose de antibiótico no paciente séptico, 94.7% dos participantes administram em até 1h e 5.3% entre 1h e 3h após a suspeita (Figura 3).

Figura 3. Tempo para a administração da primeira dose de antibiótico no paciente séptico pelos profissionais. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021 (n=76).

Tempo do antibiótico



Referente ao tratamento do paciente séptico, 100% dos médicos(a) relataram que já utilizaram antibióticos e “Reposição volêmica” em suas práticas clínicas, 96.1% já lançaram mão de vasopressores e 78.9% de corticosteroides (Tabela 5).

Tabela 5. Tratamentos utilizados pelos profissionais médicos nos pacientes sépticos. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021.

Variáveis	N (%)
	N=76
Antibióticos	76 (100%)
Reposição volêmica	76 (100%)
Vasopressores	73 (96,1%)
Corticosteroides	60 (78,9%)
Vitamina C	1 (1,3%)
Imunoglobulinas	2 (2,6%)
Hemoderivados	1 (1,3%)
Trombomodulina	0 (0%)
Beta Bloqueadores	0 (0%)

Ainda sobre o tratamento, 57.9% dos profissionais relataram conhecer os *bundles* da sepse (Figura 4). Dos que conhecem, 90.9% dizem utilizar em sua prática e 6.8% não. Um dos participantes referiu que conhecia, mas não assinalou se o utilizava na prática (a pergunta não era obrigatória), correspondendo a 2.3% dos que relataram conhecer os *bundles* (Figura 5).

Figura 4. Conhecimento dos profissionais acerca dos *bundles* de tratamento da sepse. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021 (n=76).

Conhecimento sobre os *Bundles*

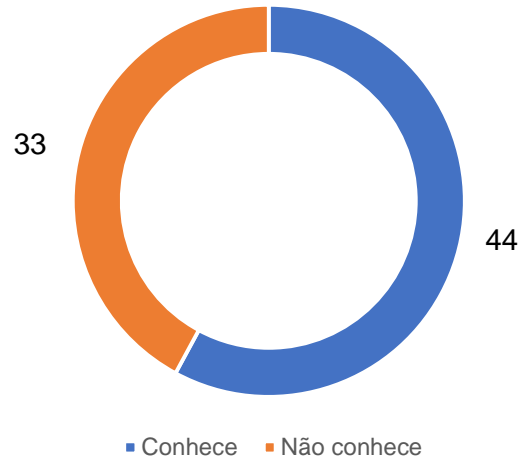


Figura 5. Utilização dos *bundles* na prática clínica pelos médicos(a) que os conhecem. Feira de Santana, Bahia, outubro/novembro de 2021 (n=44).

Utilização do *Bundles*



6. DISCUSSÃO

No presente estudo, ao avaliar o perfil da amostra, fica evidente que a maioria dos profissionais que responderam ao questionário são recém-formados ou possuem pouco tempo de carreira, visto que 31.6% se encontram na faixa entre 26-30 anos e 60.5% se formaram entre 2017 e 2021. Ademais, a maior parte (57.9%) é composta de médicos sem especialidade, que já trabalham no regime de plantão nas UTI's e emergências. Somente 10.5% desses profissionais são especialistas em medicina intensiva e nenhum em emergência. Esse dado corrobora com o estudo de Jones *et al.*¹⁰, no qual é citado que os atendimentos do paciente grave geralmente são conduzidos por médicos sem muita experiência no contexto clínico.

Nesse íterim, 10.5% dos médicos afirmaram que não mantém um alto grau de suspeita para sepse no paciente politraumatizado. De acordo com Wafaisade *et al.* 10.2% dos pacientes com múltiplo trauma desenvolve sepse no hospital²³, e segundo Osborn *et al.*²⁴ a taxa de mortalidade é 23% maior se comparada a paciente não-traumáticos vítimas de sepse, ao passo que a coorte de Lakomkin *et al.* encontrou uma taxa de mortalidade 128% maior quando comparado pacientes com sepse que haviam sofrido trauma ortopédico com aqueles sem esses ferimentos²⁵.

No que diz respeito à definição de sepse, a maioria dos médicos (68.4%) utilizam o conceito trazido pelo Sepsis 3¹, que a caracteriza como uma infecção com disfunção orgânica. Porém, 27.6% dos profissionais continuam classificando sepse com uma infecção com 2 critérios SIRS presente, como definida anteriormente. Por mais que essa não seja a definição atual, ela dialoga com o cenário brasileiro de alta morbimortalidade associada a essa patologia, como trazido nos estudos SPREAD³ e BASES²¹. Essa definição, por ser mais sensível, eleva o número de casos nos quais a sepse se torna um dos possíveis diagnósticos, como elucidado pelo Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS)¹³. Ainda nesse âmbito, mais de 30% dos profissionais que responderam ao questionário não utilizam mais o SIRS no dia a dia, descartando uma ferramenta sensível e útil para o rastreamento de infecções e, conseqüentemente, sepse. Ademais, é válido ressaltar que nenhum dos profissionais acredita que sepse seja apenas uma infecção, visto que essa definição poderia diminuir o grau de importância que deve ser atribuído ao diagnóstico e tratamento dessa condição.

Ao se tratar dos parâmetros envolvidos para avaliar a presença de disfunção orgânica, a maioria dos médicos seguem parâmetros presentes no SOFA, como o nível de consciência do paciente (96.1%), a hipotensão (92.1%) e o lactato (92.1%), demonstrando um conhecimento acerca dos achados que traduzem a resposta desregulada do corpo a infecção. Todos esses marcadores são preconizados pelo Sepsis 3¹ e o Sepsis Surviving Campaign¹⁴, além de confirmados pelo ILAS¹³.

A revisão sistemática de Vincent *et al.*²⁶ encontrou que existe um melhor prognóstico nos pacientes graves que apresentam uma queda do lactato durante o tratamento, demonstrando a eficácia dessa avaliação. No presente estudo, 92.1% dos profissionais afirmaram utilizar desse meio diagnóstico, consonante com os achados recentes da literatura.

No estudo de Machado *et al.*³ foi encontrado que em somente 20% dos hospitais do Brasil os antibióticos de amplo espectro são administrados dentro da primeira hora de atendimento ao paciente com Sepsis³. Entretanto, no presente estudo, 94.7% dos profissionais médicos relataram que fazem essa administração dentro da primeira hora, e todos eles assinalaram que utilizam antibióticos durante o tratamento, o que está mais próximo do encontrado pela coorte de Vincent *et al.*¹⁸ realizada na Europa (64%), e está de acordo com as recomendações da The Surviving Sepsis Campaign Bundle¹⁹ e do ILAS¹³.

Quando questionados sobre o conhecimento acerca dos bundles - os pacotes de tratamento da sepse, quase metade dos médicos (42.1%) afirmaram que não o conhecem. Entretanto, as respostas referentes aos tratamentos utilizados demonstram que, na prática, os bundles estão presentes, mesmo que os profissionais não confirmem o seu conhecimento. Porém, 6.8% dos médicos que referiram conhecer os bundles disseram não os aplicar na prática clínica, o que se afasta das evidências sobre o tratamento inicial da sepse, como trazido por Levy *et al.*¹⁹.

O estudo realizado Seymour *et al.*²⁷ encontrou que a maioria dos pacientes com infecção (73-90%) pontuavam com menos de 2 pontos no qSOFA, demonstrando que essa ferramenta não é adequada para a triagem de pacientes. Entretanto, no presente estudo, 67.8% dos médicos que relataram utilizar qSOFA, usam-no como triagem. Ainda segundo Seymour *et al.*²⁷, o qSOFA possui mais valor como um marcador de gravidade, funcionando como um preditor não estatisticamente diferente do LODS

(Logistic Organ Dysfunction System) e até mais eficiente que o SOFA. Nesse ínterim, 25.4% dos médicos responderam que o utilizam como um escore de gravidade.

Esse estudo tem como uma das limitações o fato de que as repostas dadas pelos profissionais carecem de confirmação externa, tendo como única fonte os próprios médicos. Ademais, se trata de um estudo transversal, sem acompanhamento da rotina do hospital e dos tratamentos empregados pelos médicos no decorrer do tempo. Sem esse acompanhamento, não é possível afirmar se o que foi dito no questionário é refletido na prática clínica.

7. CONCLUSÃO

Ao analisar os métodos diagnósticos e terapêuticos dos médicos que trabalham na unidade de referência proposta, foi identificado uma preferência em parcela desses profissionais em relação à utilização do qSOFA como uma ferramenta de triagem, o que contradiz o SSC 2021, que não recomenda o uso dessa ferramenta de forma isolada. Há também uma dificuldade em parte desses médicos na identificação dos bundles de tratamento da sepse. Apesar desses fatores, ainda é possível afirmar que existe uma aproximação com as diretrizes vigentes e os principais protocolos adaptados para a realidade da América Latina.

8. REFERÊNCIAS

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2016;315(8):801–10.
2. Liang L, Moore B, Soni A. National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2017: Statistical Brief #261 [Internet]. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 [cited 2020 Dec 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32833416>
3. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Angotti Carrara FS, Sousa JL, et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): An observational study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2017;17(11):1180–9.
4. Bösch F, Angele MK, Chaudry IH. Gender differences in trauma, shock and sepsis. Vol. 5, *Military Medical Research*. BioMed Central Ltd.; 2018.
5. OPAS/OMS Brasil. OPAS/OMS Brasil - Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose e AIDS [Internet]. [cited 2021 Mar 7]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2989:traumas-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-e-aids&Itemid=839
6. OMS. RELATÓRIO GLOBAL SOBRE O ESTADO DA SEGURANÇA VIÁRIA [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 22]. Available from: www.who.int
7. Ciriello V, Gudipati S, Stavrou PZ, Kanakaris NK, Bellamy MC, Giannoudis P v. Biomarkers predicting sepsis in polytrauma patients: Current evidence. Vol. 44, *Injury*. Elsevier Ltd; 2013. p. 1680–92.

8. Eguia E, Cobb AN, Baker MS, Joyce C, Gilbert E, Gonzalez R, et al. Risk factors for infection and evaluation of Sepsis-3 in patients with trauma. *American Journal of Surgery*. 2019 Nov 1;218(5):851–7.
9. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *50 Landmark Papers*. 2020. p. 261–2.
10. Jones D, DeVita M, Warrillow S. Ten clinical indicators suggesting the need for ICU admission after Rapid Response Team review. *Intensive Care Medicine*. 2016;42(2):261–3.
11. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. In: *Chest*. 1992. p. 1644–55.
12. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. In: *Critical Care Medicine*. 2003. p. 1250–6.
13. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS). IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE.
14. Evans L, Andrew R, Alhazzani W, Antonelli M, French C, Machado F, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. 2021;49(11). Available from: www.ccmjournal.org
15. He XL, Liao XL, Xie ZC, Han L, Yang XL, Kang Y. Pulmonary Infection Is an Independent Risk Factor for Long-Term Mortality and Quality of Life for Sepsis Patients. *BioMed Research International*. 2016;2016.
16. Ogura H, Gando S, Saitoh D, Takeyama N, Kushimoto S, Fujishima S, et al. Epidemiology of severe sepsis in Japanese intensive care units: A prospective multicenter study. *Journal of Infection and Chemotherapy*. 2014;20(3):157–62.
17. Russell J. Management of Sepsis. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2006 [cited 2022 Apr 30];355;16. Available from:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.472.956&rep=rep1&type=pdf>

18. Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL, Ranieri VM, Reinhart K, Gerlach H, et al. Sepsis in European intensive care units: Results of the SOAP study. *Critical Care Medicine*. 2006;34(2):344–53.
19. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine* [Internet]. 2018;44(6):925–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
20. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Vol. 45, *Critical Care Medicine*. 2017. 486–552 p.
21. Silva E, Pedro M de A, Sogayar ACB, Mohovic T, Silva CL de O, Janiszewski M, et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). *Crit Care*. 2004;8(4).
22. Dickmann P, Bauer M. Sepsis 2019 - New Trends and Their Implications for Multiple Trauma Patients. *Zeitschrift fur Orthopadie und Unfallchirurgie*. 2020 Feb 1;158(1):81–8.
23. Wafaisade A, Lefering R, Bouillon B, Sakka SG, Thamm OC, Paffrath T, et al. Epidemiology and risk factors of sepsis after multiple trauma: An analysis of 29,829 patients from the Trauma Registry of the German Society for Trauma Surgery. *Critical Care Medicine*. 2011;39(4):621–8.
24. Osborn TM, Tracy JK, Dunne JR, Pasquale M, Napolitano LM. Epidemiology of sepsis in patients with traumatic injury. *Critical Care Medicine*. 2004 Nov;32(11):2234–40.
25. Lakomkin N, Sathiyakumar V, Wick B, Shen MS, Jahangir AA, Mir H, et al. Incidence and predictive risk factors of postoperative sepsis in orthopedic trauma patients. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. 2017;18(2):151–8.

26. Vincent JL, e Silva AQ, Couto L, Taccone FS. The value of blood lactate kinetics in critically ill patients: A systematic review. Vol. 20, Critical Care. BioMed Central Ltd.; 2016.
27. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). JAMA - Journal of the American Medical Association. 2016 Feb 23;315(8):762–74.

APENDICE 1**Questão 1. Com qual gênero você se identifica?**

- O. Feminino
- O. Masculino
- O. Prefiro não informar

Questão 2. Qual a sua idade?

- O. 20-25
- O. 26-30
- O. 31-35
- O. 36-40
- O. 41-45
- O. 46-50
- O. 51-55
- O. 56-60
- O. Mais de 60

Questão 3. Qual seu ano de formatura?

Questão 4. Qual sua especialidade?

- O. Médico Generalista

- O. Clínica Geral
- O. Cirurgia Geral
- O. Cirurgia Torácica
- O. Cirurgia Vascular
- O. Ortopedia
- O. Neurocirurgia
- O. Urologia
- O. Terapia Intensiva
- O. Outros_____

Questão 5. Qual sua área de atuação no HGCA?

- O. Emergência
- O. UTI
- O. Semi-UTI

Questão 6. Ao cuidar de um paciente politraumatizado na UTI, você mantém alto grau de suspeita para Sepsis?

- O. Sim
- O. Não
- O. Depende da gravidade do doente

Questão 7. Na sua prática clínica, qual definição de sepsis você utiliza para guiar suas condutas?

- O. 2 critérios SIRS mais infecção
- O. Infecção com disfunção orgânica
- O. Infecção
- O. Outro _____

Questão 8. Para a triagem de pacientes com suspeita de sepse, você utiliza o SIRS?

- O. Sim
- O. Não

Questão 9. Você utiliza o qSOFA?

- O. Sim
- O. Não

Questão 10. Se sua resposta anterior foi sim, como você utiliza o qSOFA?

- O. Triagem
- O. Definir sepse
- O. Escore de gravidade
- O. Outro _____

Questão 11. Qual(is) dos seguintes marcadores você já utilizou para avaliar disfunção orgânica?

Marque todos que se aplicam

- O. Hipotensão
- O. SvO₂
- O. Lactato
- O. Nível de consciência
- O. Bilirrubinas
- O. Plaquetas
- O. Débito urinário
- O. Outro _____

Questão 12. Qual sua orientação para a enfermagem a respeito do tempo em que será administrada a primeira dose do antibiótico?

- O. Até 1h
- O. 1h-3h
- O. 3h -6h
- O. Mais que 6h

Questão 13. Qual(is) dos seguintes tratamentos você já utilizou no paciente séptico?

Marque todos que se aplicam

- O. Antibióticos
- O. Reposição volêmica
- O. Vasopressores
- O. Corticosteroides

- O. Vitamina C
- O. B bloqueadores
- O. Imunoglobulinas
- O. Trombomodulina
- O. Outro_____

Questão 14. Você conhece os pacotes “bundles” da sepse?

- O. Sim
- O. Não

Questão 15. Se sua resposta anterior foi sim, você os utiliza na sua prática médica?

- O. Sim
- O. Não

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: "Sepse e trauma: descrição dos métodos diagnósticos e terapêuticos em hospital referência do interior da Bahia", que tem como objetivo descrever os métodos diagnósticos e terapêuticos dos médicos responsáveis pelo tratamento dos pacientes vítimas de trauma com sepse na maior cidade do interior da Bahia. Você está sendo convidado por ser um(a) dos(a) médicos(a) responsáveis pelo manejo de paciente vítima de trauma no Hospital Geral Cleriston Andrade.

Caso aceite participar, você será direcionado(a) a responder um questionário que aborda parâmetros para a triagem, prognóstico, avaliação da disfunção orgânica e tratamento inicial da sepse. Você deverá responder as perguntas conforme é realizada sua prática médica no HGCA.

Há o risco de você ser identificado, porém, nós nos comprometemos que sua resposta ao questionário não terá o seu nome e nem nenhum item que possa te identificar.

Todos os dados da pesquisa serão guardados em um computador que só as pesquisadoras terão acesso e serão destruídos de forma adequada e segura após 5 anos.

Sua participação é voluntária, não haverá custos materiais ou financeiros para você, bem como não haverá remuneração pela sua participação. Em caso de danos comprovadamente causados pela pesquisa, você poderá solicitar indenização. Você tem a garantia de plena liberdade de participação na pesquisa, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa sem ter que justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidade.

Para maiores informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Lúcio Couto de Oliveira Junior pelo telefone: (75) 98123-7117 e-mail: luciocouto@hotmail.com ou com Luciano Vieira Couto de Oliveira pelo telefone: (73) 99127-5874 e-mail: lucianooliveira18.2@bahiana.edu.br.

Em caso de dúvidas não esclarecidas pelas pesquisadoras ou denúncias, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - AV. Dom João VI, 274 - Brotas (ao lado do Salvador Card) - CEP. 40.2985-001 - Salvador-BA. Tel: (71) 2101-1921 ou (71) 98383-7127.

Após ler e receber explicações acerca da pesquisa, você deverá selecionar se concorda ou não em participar. Caso concorde, será automaticamente direcionado(a) ao questionário e estará também aceitando os termos desse documento.

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEPSE E TRAUMA: DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM HOSPITAL REFERÊNCIA DO INTERIOR DA BAHIA

Pesquisador: Lúcio Couto de Oliveira Junior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49858521.4.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.062.101

Apresentação do Projeto:

A sepse é definida como uma alteração orgânica que ameaça a vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção, sendo uma das grandes causas de morbimortalidade ao redor do mundo. No Brasil, a incidência da Sepse é de 36.3 casos por 1000 pacientes por dia. Desses, 56% morrem no hospital, assim, de 419.047 pacientes que recebem tratamento de Sepse no Brasil, 233.409 não sobrevivem. A associação da sepse com o trauma torna o cenário ainda mais preocupante. O trauma é a principal causa de morte entre pessoas com menos de 45 anos, a sepse, por outro lado, é o que mais mata os pacientes que sobreviveram por complicações tardias (45%). Entretanto, a Sepse ainda é pouco conhecida pela população e pelos médicos de forma geral: ao passo que a conduta ao encontrar um supra desnivelamento de ST é amplamente conhecida, uma parcela bem menor identifica de forma satisfatória os parâmetros para a avaliação da Sepse. Com isso, ao avaliar o conhecimento e a conduta em relação a Sepse dos profissionais de saúde que atendem vítimas traumáticas na maior cidade do interior da Bahia, será possível direcionar a atenção para pontos relevantes no tratamento adequado dessa condição tão deletéria em território nacional e regional.



Continuação do Parecer: 5.062.101

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	22/09/2021 14:54:04	Lúcio Couto de Oliveira Junior	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	29/06/2021 20:15:02	Lúcio Couto de Oliveira Junior	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/06/2021 18:25:48	Lúcio Couto de Oliveira Junior	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Outubro de 2021

**Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))**