

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SEPSE EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: REVISÃO DE LITERATURA

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS WITH SEPSIS IN AN INTENSIVE TREATMENT UNIT: LITERATURE REVIEW

Camilla Silva Dias¹
Érika Costa Neiva²
Otávia Braga Silva³

RESUMO: A sepsé pode ser definida como uma resposta sistêmica do organismo a uma doença infecciosa, podendo ser causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários, com isso é considerada um problema de saúde pública e um grande desafio, pois apesar dos avanços técnicos e medicinais a fisiopatologia da sepsé é complexa. O estudo se propõe a tratar dessa patologia ocorrida nas Unidades de Tratamento Intensivo – UTI, uma vez que esse é um ambiente hospitalar de alta complexidade, que envolve recursos materiais e tecnológicos, bem como atenção e cuidados intensivos aos pacientes. O objetivo desse trabalho é apontar a importância e a relevância da atuação do profissional de enfermagem dentro das UTIs, no diagnóstico, e tratamento da sepsé, já que há percepção da necessidade da atualização dos profissionais de saúde de uma UTI com relação à sepsé é imprescindível, pois os enfermeiros detêm um papel de enorme importância, na identificação da sepsé e no cuidado ao paciente. A metodologia consistiu em um estudo exploratório, através de revisão de literatura, se valendo de artigos, monografias, e livros desse tema, tanto nos formatos físicos e/ou digitais. Concluiu-se que o profissional de enfermagem deve estar apto a traçar as intervenções necessárias, com conhecimento científico e capacitação, para conduzir a situação, presando pelo SAE, seguindo os protocolos e bundles, evitando a transmissão do IRAS, alcançando as metas traçadas pela Campanha de sobrevivência a sepsé. Se faz necessário uma conscientização, programas, treinamentos, mecanismos que geram conhecimento e segurança tanto para paciente quanto para profissional.

Palavras-chave: Sepsé; Enfermagem; Septicemia

ABSTRACT: Sepsis can be defined as a systemic response of the organism to an infectious disease, which can be caused by bacteria, viruses, fungi or protozoa. It is therefore considered a public health problem and a great challenge, because despite technical and medicinal advances to The pathophysiology of sepsis is complex. The study proposes to deal with this pathology that occurred in the Intensive Care Units - ICU, since this is a highly complex hospital environment, which involves material and technological resources, as well as attention and intensive care to patients. The objective of this work is to point out the importance and relevance of the performance of nursing professionals within the ICUs, in the diagnosis and

¹ Graduanda do curso de Enfermagem, pela Faculdade Única de Ipatinga. milladiaz31@yahoo.com

² Graduada em Enfermagem, pela Universidade Presidente Antonio Carlos, UNIPAC- Ipatinga, Pós-Graduada em Saúde Pública com ênfase em saúde da Família e Saúde da Mulher e sua Biodiversidade Materno Infantil, pela Universidade Presidente Antônio Carlos, MBA em Controle, Avaliação e Auditoria em Serviços de Saúde pelo Centro Universitário de Caratinga. erikacostaneiva@gmail.com

³ Graduanda do curso de Enfermagem, pela Faculdade Única de Ipatinga. otavia_30@hotmail.com

treatment of sepsis, since there is a perception of the need to update health professionals in an ICU in relation to sepsis is essential, because nurses play an extremely important role in the identification of sepsis and in patient care. The methodology consisted of an exploratory study, through a literature review, using articles, monographs, and books on this topic, both in formats physical and / or digital. It is concluded that the nursing professional must be able to outline the necessary interventions, with scientific knowledge and training, to manage the situation, holding on to the SAE, following the protocols and bundles, avoiding the transmission of the IRAS, reaching the goals outlined by the Campaign of survival to sepsis. This reinforces the constant need for valuing this professional, who is daily on the front lines dealing with the most varied pathologies, and in the case of sepsis, awareness, programs, training, mechanisms that generate knowledge and security are necessary. for both patient and professional.

Keywords: Sepsis; Nursing; Septicemia.

1. INTRODUÇÃO

A sepse é uma resposta sistêmica à infecção grave, o paciente é considerado portador da mesma, à medida que apresenta Síndrome da resposta inflamatória sistêmica- SIRS, deflagrada por infecção, podendo ser causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários, ou seja, é considerada um fator agravante de morbidade de pacientes críticos. (SANTANA; MARQUES; SPOLIDORO, 2017)

As UTIs - Unidades de Tratamento Intensivo são ambientes de cuidados a pacientes críticos, com monitoração constante de funções vitais, considerado um ambiente de arsenal humano e tecnológico avançado, dentro das UTIs, há um maior risco de desenvolvimento da sepse, devido a vários fatores, como o grau de severidade, o tempo de internação prolongado, diversos procedimentos considerados invasivos ao corpo humano, como ventilação, sondagem e diversos outros exemplos de práticas necessárias a manutenção da vida (BHATTARAI, 2013).

Dentro das UTIs, além da preocupação com o quadro de cada paciente que o levou até ali, há uma preocupação em monitorar e diagnosticar a sepse, com isso cabe atenção aos seus principais sintomas, identificando os critérios para a SIRS, definida pela presença de pelo menos dois ou mais sinais característicos: temperatura menor que 36°C ou maior que 38°C; frequência cardíaca maior que 90 batimentos por minuto; frequência respiratória maior que 20 incursões respiratórias por minuto ou pressão parcial de CO₂ menor que 32 mmHg e contagem de leucócitos, maior que 12.000 ou menor que 4.000 ou mais de 10% de bastonetes. (FERREIRA e NASCIMENTO, 2014).

Nesse sentido fica claro a importância do profissional de enfermagem, uma vez que a partir da identificação desses sintomas, é possível buscar de recursos e meios para o tratamento

adequado, e é a equipe de enfermagem responsável pelo maior contato diário e observação do paciente, desde a evolução da doença, tratamento e melhora do quadro clínico. (BHATTARAI, 2013).

A construção deste estudo se justifica pela vivência acadêmica e o interesse em discutir e como enfatizar a importância da assistência de enfermagem ao paciente séptico dentro da Unidade de Tratamento Intensivo. Sendo estes profissionais designados a desenvolverem habilidades práticas, científicas e técnicas para melhor prognóstico do paciente.

Para compreensão do tema proposto o estudo trata-se de apresentar a conceituação de sepse e suas características, ou seja, sintomas, fisiopatologia e a importância de um rápido diagnóstico. Em segundo, o estudo aponta sobre a sepse nas UTIs, da ocorrência e do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem. E por fim o estudo se direciona a apontar a relação do profissional de enfermagem e o paciente, e como isso reflete no tratamento da sepse.

2. METODOLOGIA

Metodologicamente o estudo é descritivo, realizado através da revisão de literatura, obsta que esse estudo não tem como finalidade esgotar o assunto, mas sim o abordar com base no levantamento bibliográfico de artigos, monografias, teses, em moldes físicos ou digitais publicados em base de dados como MEDLINE, LILACS E SciELO, com uso de descritores para a busca: Sepse; Enfermagem; Septicemia I, bem como a utilização do livro Nanda (2018).

Primeiro foram usados os descritores selecionados para localizar os artigos a serem usados, após isso, foram selecionados os artigos levando em conta data e título, onde teve uma tolerância de 10 anos para assuntos relativos a Sepse. Após essa análise simples, foram selecionados os artigos com base na leitura no resumo, totalizando 34 artigos selecionados, dos quais, após leitura completa, foram selecionados um total de 12 artigos juntamente com o Livro Nanda (2018).

3. DESENVOLVIMENTO

A sepse é definida como uma SIRS, decorrente de qualquer tipo de microrganismo associado à infecção sistêmica, em que há uma grande preocupação por ser uma doença grave e de alta letalidade nas Unidades de Tratamento Intensivos (UTIs). Essa patologia, tem grande relevância mundial, pois é visto como um problema de saúde, com alto impacto de hospitalizações e mortalidade (SANTANA; MARQUES; SPOLIDORO, 2017).

A sepse está classificada em três níveis distintos: sepse, sepse Grave que está associada à disfunção de órgãos, hipoperfusão e hipotensão e choque séptico que é entendido como sepse associada às alterações da hipoperfusão somada a hipotensão persistente. Essas classificações demonstram a evolução na gravidade de uma mesma patologia (FERREIRA e NASCIMENTO, 2014).

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

Segundo COREN-SP (2016), o estudo de Sepse Brasil, de 2003, abrangendo 75 UTIs de 17 estados brasileiros, mostrou que 17% dos leitos de tratamento intensivo são ocupados por esses pacientes. A taxa de letalidade para sepse grave e choque séptico foi de 34,4% e 65,3%, respectivamente. Um outro estudo chamado COSTS (significando custos, em inglês), com dados colhidos entre 2003 e 2004, em 21 UTIs brasileiras, mostrou um dado de alta relevância: uma letalidade maior em hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (49,1%) em relação àqueles do Sistema de Saúde Suplementar (36,7%).

Pode ser definida também com base em seus sintomas, ou seja, é uma SIRS (do inglês “systemic inflammatory response syndrome” SIRS) é uma resposta do organismo a um insulto variado (trauma, pancreatite, grande queimado, infecção sistêmica), com a presença de pelo menos dois dos critérios abaixo (MACHADO, 2015): 1- Temperatura corporal > (maior) 38,3 °C ou < (menor) 36 °C; 2- Frequência cardíaca > 90 bpm; 3- Frequência respiratória > 20 ou PaCO₂ < 32 mmHg; 4- Leucócitos > 12.000 cels/ mm³ ou < 4.000 cels/mm³, ou a presença de > 10% de formas jovens (bastões). (FERREIRA e NASCIMENTO, 2014).

O diagnóstico de sepse, de acordo com os dois primeiros Consensos Internacionais, ocorre quando há presença de dois ou mais desses sinais de SIRS, associados a um quadro infeccioso, suspeito ou confirmado (LEVY et al., 2003)

Em fevereiro de 2016, a Society of Critical Care Medicine (SCCM) e a European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) publicaram novas definições de sepse baseadas em uma análise de um imenso banco de dados, basicamente americanos, com consequente mudança conceitual do termo sepse. Nessa diretriz (SEPSE 1 e 2), sepse passa a ser definida como presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção e choque séptico como presença de sepse associada a disfunção circulatória e celular/metabólica associada a maior risco de mortalidade. Requer a presença de

hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média ≥ 65 mmHg e lactato ≥ 2 mmol/L após adequada ressuscitação volêmica (VIANA et al, 2016; RHODES et al, 2017).

Além disso, os critérios os critérios de SIRS passam a não ser mais adotados para o diagnóstico de sepse e a expressão “sepse grave” foi extinta, simplificando a nomenclatura, sendo que o uso da palavra “sepse” passa a ser restrita aos pacientes com disfunção orgânica (VIANA et al, 2016; RHODES et al, 2017).

Para se estabelecer o diagnóstico da sepse, é necessário que o paciente apresente pelo menos dois requisitos de SIRS em associação com infecção ou suspeita. Sendo que a sepse ou choque séptico é uma das causas de morte tardia que tem sido cada dia mais frequente em UTIs de todo mundo, tendo diversos fatores neste meio que contribuem para a evolução deste problema, sendo que nas UTIs há muitos idosos, algumas doenças debilitantes no mesmo espaço, o uso comumente de técnicas invasivas, os cuidados com diversos pacientes de diferentes modos e as infecções hospitalares (RAYES, 2017; DE MACEDO, 2018).

Com a atualização do 3º Consenso Internacional de Sepse, sugere-se que essa condição passe a ser definida por uma disfunção orgânica com risco de vida, causada por uma resposta inflamatória do hospedeiro de forma desequilibrada, sendo essa disfunção orgânica identificada a partir do SOFA – *Sequential Organ Failure Assessment*, com aumento da pontuação maior ou igual a dois em relação basal. Para a avaliação da sepse à beira leito em locais que não possuem acesso aos exames necessários para a realização completa do SOFA ou necessidade de rápida avaliação, desenvolveu-se neste 3º Consenso, o score qSOFA, que incorpora três variáveis de avaliação para identificação de pacientes com suspeita de infecção com maior probabilidade de mau prognóstico, sendo positivo quando da ocorrência de duas ou mais dos seguintes sintomas: 1. Avaliação neurológica alterada, com score Glasgow menor de 15; 2. Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100mmHg; 3. Frequência respiratória maior ou igual a 22 mpm. (SINGER et al., 2016).

No que concerne a fisiopatologia da sepse, há eventos dinâmicos importantes, sendo dividido em três, após a invasão por micro organismos e consequentemente a liberação de toxinas no organismo: 1) A resposta pró-inflamatória excessiva, com liberação excessiva de mediadores pró-inflamatórios e citocinas (interleucina 1 –IL-1, interleucina 6 –IL-6 e fator de necrose tumoral alfa –TNF- α), que induzem também migração leucocitária e vasodilatação pelo aumento da síntese de óxido nítrico (nitric oxide, NO), resultando nos sintomas clínicos de SIRS; 2) A falha na resposta anti-inflamatória compensatória, que consiste no desequilíbrio entre respostas pró e anti-inflamatória, induzindo uma resposta inflamatória descontrolada; 3)

A imunoparalisia que ocorre quando a resposta anti-inflamatória também estiver excessiva, neste caso haverá supressão da resposta imunológica e consequente inabilidade para neutralização de patógenos. Com esses desequilíbrios, a homeostasia é violada e uma progressão clínica para a disfunção orgânica pode ocorrer (SAGY; AL-QAQAA; KIM, 2013).

Na fase um, chamada de pró inflamatória, irá acontecer uma resposta à presença de um agente agressor, entrando em ação as células fagocitárias (macrófagos, monócitos, neutrófilos, eosinófilos, basófilos e mastócitos). (JUNCAL et al; 2011).

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

O processo inflamatório resulta em lesões teciduais importantes, inclusive no endotélio vascular e em virtude disso, as células endoteliais liberam o fator tecidual, esse por sua vez, ativa os fatores intrínsecos da cascata de coagulação, dando origem a presença de trombina. Esta última estimula a ativação de citocinas inflamatórias e de maiores quantidades desse fator de coagulação, pela via intrínseca. É a trombina, que catalisa a conversão do fibrinogênio em fibrina e, conseqüentemente, a formação de microtrombos. Assim, os principais mecanismos de coagulação estão acentuados durante a sepse, com disfunção da coagulação (AZEVEDO; RAMOS; PIZZO, 2012).

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

As estratégias voltadas para a identificação precoce do risco da sepse nos pacientes, melhora as chances de sobrevivência e impede os estágios mais graves, como o choque séptico. (NETO et al; 2011)

A sepse merece atenção por parte da equipe multiprofissional, principalmente do enfermeiro, que está mais próximo do paciente, tendo em vista os processos complexos a ele inerentes, que contribuem para letalidade dos pacientes, resultado no impacto social e econômico (NETO et al; 2015).

Segundo o ILAS (2015), com a aprovação da Recomendação nº 6/2014 do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabeleceu que todos os níveis de atendimento à saúde (unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, serviços de urgência e emergência, unidades de internação regulares e unidades de tratamento intensivo) devam instituir protocolos assistenciais para o reconhecimento e tratamento precoce da Sepsé.

O alto índice de mortalidade em unidade de tratamento intensivo por sepsé, o longo período de permanência, elevando os custos, a necessidade da assistência integral da equipe multidisciplinar, demonstram o impacto deste agravo, evidenciando a importância de sua identificação precoce, no intuito de minimizar os efeitos e a evolução desse quadro, contribuindo para a redução da mortalidade (JUNCAL et al; 2011).

Em busca do diagnóstico e da otimização no tratamento do paciente com sepsé, cabe à equipe realizar a sua identificação precocemente, assim como aqueles com risco para o seu desenvolvimento, realizar uma assistência crítica de forma precisa e ágil, embasada em conceitos, para que identifique as medidas eficazes e modifique-as, proporcionando o pleno cuidado, auxiliando no tratamento correto e direcionado. Conhecer as características clínicas da doença podem resultar em decisões que auxiliam tanto para o estabelecimento do diagnóstico precoce quanto em intervenções mais precisas e direcionadas, que podem contribuir na prevenção de complicações (morbidade e mortalidade). (SANTOS AM, SOUZA GRB, OLIVEIRA AML 2016).

Gyang et al. (2015), acredita que ferramentas de triagem simples, pelo pacote de sepsé, quando realizada por enfermeiros que acompanham o paciente, fornece um meio de identificação com sucesso da sepsé precoce e com isso possui mais tempo para o tratamento em pacientes internados.

Os cuidados específicos ao paciente gravemente enfermo foram prestados pela primeira vez por *Florence Nightingale* e sua equipe de enfermagem no contexto da guerra da Criméia. Esses cuidados consistiam basicamente no monitoramento e separação dos pacientes graves dos não graves, para maior vigilância e melhor atendimento dando início ao conceito de tratamento intensivo (SOBRATI, 2012).

O surgimento da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) no século XX marcou a prática hospitalar, pois contam com recursos tecnológicos e profissionais especializados para melhor atender as necessidades de estabilização dos pacientes críticos de forma contínua. Com o passar do tempo para atender as necessidades específicas de cada demanda a prática de cuidados intensivos evoluiu, e as unidades foram separadas em UTI clínica, cirúrgica, cardiológica, entre

outras especialidades, para atender adultos, crianças e recém-nascidos (CARNEIRO; FAGUNDES 2012).

A ideia de agrupar pacientes para proporcionar melhor assistência, nesse período, fez com que a mortalidade entre os indivíduos hospitalizados caísse de 40% para 2%, ao adotar as práticas de cuidados intensivos. (ABRAHÃO, 2010)

Vila e Rossi (2002) também explicam:

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado.

O pensamento inicial era o de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, dispendo-os nas enfermarias de tal maneira que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho dos enfermeiros, para maior vigilância e melhor atendimento. Com o avanço dos procedimentos cirúrgicos, a necessidade de se prestar maiores cuidados ao paciente durante o período pós-operatório imediato levou ao desenvolvimento das unidades especiais de terapia, sendo essas unidades salas especiais adjacentes as salas cirúrgicas. (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2005.)

Segundo a Portaria nº 3432 de 1998 do Ministério de Saúde as Unidades de Tratamento Intensivo “são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinados a diagnóstico e terapêutica.”

Devido às suas características, a UTI necessita de alguns serviços básicos e essenciais para apoiá-la, como laboratório clínico, radiologia, farmácia, entre outros. Esses serviços devem ser mantidos em condições adequadas, a fim de viabilizar uma operação segura e rápida. A não eficácia e rapidez no atendimento desses serviços às necessidades do paciente da UTI podem gerar na equipe sentimentos de angústia, irritação e desânimo ocasionando, eventualmente, o estresse (CORONETTI et al., 2006).

Toda UTI possui protocolos de rotina, ao quais devem ser seguidos para o desenvolvimento das práticas assistenciais de enfermagem, os protocolos garantem a realização da técnica de acordo a realidade de cada UTI, e sempre priorizando a estabilidade do paciente. Podemos citar alguns desses protocolos como por ex.: Protocolo para passagem de sonda

vesical de demora, curativos, sondagem e acesso central. (FIGUEIREDO; SILVA E SILVA, 2003)

Sobre a relação de profissionais, cabe mencionar:

A equipe multiprofissional é indispensável dentro da UTI, pois ela estará trocando informações sobre o paciente e seu estado, também estará ajustando medidas, que venham a acrescentar no tratamento e recuperação desse paciente. Essa equipe é formada por médico intensivista, enfermeiro, coordenador, enfermeiro assistencial, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, funcionário de sanificação exclusivo da UTI. (FIGUEIREDO; SILVA E SILVA, 2003, p. 21)

Feito essas considerações, há que se pontuar que em razão da complexidade das UTIs, o foco principal de atenção, acaba por ir para maquinário e tecnologia, bem como para doença, e não para o paciente. É nesse ponto que se destaca a importância da assistência prestada pelo profissional de enfermagem, que tem como objetivo cuidar do ser, ou seja, amparar e olhar para o paciente.

O cuidador de enfermagem numa UTI, na maioria das vezes, esquece de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente envolvido pela rotina diária complexa e pela prestação de serviço de alta tecnologia. (VILA e ROSSI, 2002)

A estrutura das Unidades de Tratamento Intensivo cada vez mais burocratizada e despersonalizada deixa os pacientes à mercê de estranhos cujas funções e papéis desconhecem, de aparelhos e testes de rotina desconectados de seus hábitos, tornando-o somente um paciente a mais, outra patologia, outro prontuário, descartando sua identidade para tornar-se um paciente. (SILVA et. al 2007, p. 95 apud WALDOW,1995).

Para Ferreira (2006, p. 327), o ponto de partida:

(...)é o entendimento da enfermagem como uma ciência humana, empenhada no cuidar da pessoa sadia ou doente. O ato de cuidar implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações, as quais denominamos cuidados, que é a verdadeira essência da enfermagem. Isto porque ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala. Ação que envolve a sensibilidade própria dos sentidos e também a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação.

A Assistência de Enfermagem em tratamento intensivo considera as tecnologias duras como aliadas, nesse ambiente destinado ao tratamento de pacientes graves, que necessitam de

cuidados complexos e monitoramento contínuo. Este setor, cada vez mais repleto de aparatos tecnológicos, permite aos trabalhadores de saúde maior controle das situações de risco, rapidez na tomada de decisão e agilidade no desempenho de ações mais efetivas em situações difíceis. (BANARD, 2002)

O cuidado de enfermagem prestado nas UTIs, de certa forma, é paradoxal. Em algumas situações, é preciso provocar dor, para que se possa recuperar e manter a vida. Em outras, não se pode falar, apenas cuidar de uma pessoa que não dá sinais de estar sendo percebida como pessoa. O cuidado, num caso desses, parece não implicar uma relação de troca, devido à imobilidade ou falta de diálogo e interação com o outro. Sendo assim, é possível pensar que exista, na profissão de enfermagem, uma robotização/mecanização das ações e práticas de cuidado (SOUZA, 2000).

Com isso o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, estabeleceu em sua resolução de nº 293/2004, um dimensionamento mínimo, quantitativo, para o quadro de profissionais de enfermagem que deve basear-se em características relativas à instituição/ empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela, na busca de melhorias na qualidade da prestação do serviço nas UTIs.

O profissional de enfermagem tem uma rotina com o paciente, desde medidas de higiene e conforto, como seguir as prescrições médicas, de medicação, alimentação, realização de exames e demais, ou seja, dentro do hospital e principalmente dentro das UTIs, em questão é com quem o paciente mais tem contato.

E segundo Vargas e Braga (2006, p. 2):

O trabalho na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é complexo, intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil. Desta forma, pode-se supor que o enfermeiro desempenha importante papel no âmbito da Unidade de Tratamento Intensivo.

Qualquer indivíduo que vivencia um processo de hospitalização está sujeito a encarar situações estressantes e muitas vezes de sofrimento. Por isso, deve-se considerar fundamental a manutenção do vínculo familiar e o diálogo do profissional-paciente, tendo o cuidado como essência da Enfermagem. (MARTINS, 2010)

É importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem, buscou estabelecer na UTI, com finalidade de provocar um reflexo da equipe e, em especial, dos enfermeiros (VILA e ROSSI, 2002). Dessa forma a humanização é um tema que vem sendo

abordado, embora pouco observado e executado pelos profissionais da área da saúde, inclusive profissionais das UTIs (CAMPONOGRAMA, SANTOS e SEIFERT, 2011).

A Política Nacional de Humanização – PNH, foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003, para a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integral e humana. (BRASIL, 2003).

Conforme o programa Humaniza SUS de 2004, “a humanização faz com que cada um reflita como pessoa: se eu estivesse ali, como gostaria de ser tratado, se fosse alguém que amo, são reflexões de peso, e que se forem dia a dia, nos tornarão pessoas cada dia mais humanas.”

O atendimento humanizado tem uma relação intrínseca com a motivação da equipe, como consequência, impacta na produtividade da empresa. Pesquisas no mundo todo apontam que trabalhar em ambiente humanizado fomenta relações de confiança e gera maior satisfação entre os funcionários e clientes (SBIE, 2017).

Por fim, conforme Schwonkee et. al, 2011 o papel do enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo é extremamente importante, e ganha nos tempos atuais relevância além de capacitação técnica, mas uma relevância relacionada a humanização, uma vez que é o profissional de mais contato com paciente, por obvio que além de oferecer um bem estar ao paciente, um trabalho humanizado coopera até mesmo com o trabalho técnico, já que se tratando de quadro clínico e avanços de doenças, o contato e a observação são essenciais, para lidar com as dificuldades vivenciadas em uma zona de gravidade, como o desafio da sepse, abordada no decorrer do estudo.

A Sistematização da assistência de enfermagem - SAE é uma metodologia utilizada para organizar e sistematizar o cuidado baseando-se no método científico. Tem como objetivo central identificar as necessidades do paciente para que os cuidados de enfermagem sejam estabelecidos. Sua implementação permite a adoção de intervenções individualizadas, norteando o processo decisório do enfermeiro diante do gerenciamento da equipe de enfermagem, permitindo avanços na qualidade da assistência ofertada (AMANTE et al., 2009).

A aplicabilidade da SAE é realizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), onde possibilita o profissional identificar, descrever, compreender os planos de cuidado e traçar as intervenções de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade da assistência, aumentando a satisfação e crescimento da enfermagem, permitindo aplicar os conhecimentos teóricos na prática, fortalecendo-a enquanto ciência, tornando-a mais precisa e eficiente (VENTURINI, 2009; GARCIA, 2010).

É composta por cinco fases: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação. A assistência de enfermagem ao paciente crítico facilita o domínio apurado da técnica contribuindo para que o cuidado seja humanizado e holístico (ALMEIDA E MARQUES, 2009).

O histórico de enfermagem é a coleta de dados para determinar o estado de saúde do paciente ou qualquer outro problema de saúde. O histórico compreende além de entrevista, o exame físico, sendo esse executado em quatro fases: inspeção, palpação, ausculta e percussão. (SMELTZER; BARE, 2012) Os dados coletados podem ser: objetivos, obtidos através das técnicas semiológicas, inspeção, palpação, ausculta e percussão; e podem ser subjetivos, obtidos através de entrevistas, é nesse momento que o paciente expressa suas queixas e medos. As fontes desses dados são classificadas em: primárias, quando a fonte é o próprio paciente; e secundária, quando a fonte são os familiares, a equipe multiprofissional, e até mesmo os exames. (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Após a coleta de dados, a segunda fase é o diagnóstico de enfermagem com base no North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2013, p. 588), que diz:

Julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

O termo diagnóstico surgiu na enfermagem no ano de 1950, quando McManus, descreveu que entre as responsabilidades do enfermeiro, estavam os problemas que poderiam ser resolvidos pela enfermagem. Em 1973, um grupo de enfermeiras americanas se reuniu para descrever os principais problemas atendidos pelos profissionais de enfermagem, o que ficou conhecido como a I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, essas conferências foram restritas a alguns convidados, e função desses convidados eram, desenvolver, revisar e agrupar os diagnósticos com base nas suas experiências. (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

A terceira etapa é denominada de planejamento da assistência de enfermagem que consiste em um plano de ações para que se alcancem resultados em relação ao diagnóstico de enfermagem (BACHION, 2002). Os resultados esperados são essenciais na fase do planejamento, pois a partir deles podemos avaliar posteriormente se as prescrições feitas solucionaram ou minimizaram os diagnósticos. (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

A implementação da assistência constitui a quarta etapa do processo de enfermagem. Implementar significa colocar em prática, executar o que antes era uma proposta. (SOUZA et al., 2008)

A última fase, é a evolução, aqui o profissional de enfermagem é responsável pelo acompanhamento e monitoramento de do paciente, acompanhando o progresso do mesmo, a fim de que se note resultados esperados de melhora. A avaliação é a determinação das respostas do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os resultados foram atingidos. Através da avaliação, o enfermeiro pode responder algumas perguntas, como por exemplo: os diagnósticos de enfermagem eram exatos? Os diagnósticos de enfermagem foram resolvidos? As necessidades de enfermagem do paciente foram atendidas? As prescrições de enfermagem devem continuar ser revisadas ou ser interrompidas? Essas perguntas são importantes, pois subsidiará o enfermeiro a mudar ou não o plano de cuidados. (SMELTZER; BARE, 2012).

O COFEN, por meio da resolução 358/2009 dispõe a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, que deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Para Garcia et al (2006) a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se fundamental em um setor como a UTI, pois vem unificar o trabalho da equipe de enfermagem, deixando de lado a fragmentação dos cuidados. A SAE serve como elo de comunicação entre todos os profissionais desde que esteja de acordo com a realidade e as necessidades de seus usuários, estabelecendo, assim, uma comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe de saúde. A partir de sua implantação, todos passam a utilizá-la como forma de organização da assistência. O processo de enfermagem começa a aparecer como forma científica de fazer enfermagem e os enfermeiros compreendem a necessidade de exercer sua atividade com embasamento teórico.

Neste contexto, a SAE fornece maior confiança e segurança, no que tange o cuidado, aos pacientes críticos, pois oferece ao enfermeiro subsídio para um julgamento clínico, proporcionando uma qualificação da prática assistencial a partir do conhecimento, pensamento e tomada de decisão clínica fundamentada em evidências, obtida pela avaliação dos dados do paciente (AMANTE et al., 2009).

Entre as diversas doenças na UTI a sepse está entre as principais ocorrências de infecção hospitalar no Brasil, e se relaciona com o uso de antibióticos, que independente se são usados de forma racional ou não, costumam causar a sepse (INACIO, 2017; JÚNIOR et al., 2017; DOS SANTOS et al., 2018).

Para Saraiva (2011), em casos de sepse ou choque séptico, há um conjunto de atitudes que se realizado de forma precoce da doença, reduz a morbimortalidade. São atitudes que incluem a identificação e estratificação rápidas de doentes, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objetivo. Nesse sentido, as vias clínicas, os protocolos parecem instrumentos próprios para planejar e coordenar a sequência de procedimentos médicos, de enfermagem e administrativos, necessários para conseguir o maior nível de eficiência no processo assistencial (LAGUNA-PÉREZ et al., 2012).

Uma pesquisa realizada por Boechat e Boechat (2010), apresentou que a abordagem da sepse baseada em pacotes de intervenções foi capaz de reduzir a mortalidade em um hospital no Brasil, trazendo mudanças na prática e na melhoria do desempenho evidenciados pelos indicadores de qualidade medidos. Há evidências crescentes de que os processos padronizados de assistência no tratamento da sepse podem reduzir a mortalidade e, baseado nestes achados, devem ser rotineiramente empregados.

O enfermeiro exerce um grande papel no cenário do cuidado, principalmente por ser ele o responsável direto pelo cuidado ao paciente crítico. Ter conhecimento prático e científico garante uma melhor qualidade da assistência e conseqüente redução da mortalidade e diminuição no impacto econômico e social. Com isso, a execução dos pacotes de tratamento é de grande importância, pois a sepse está sendo reconhecida como um grande problema de saúde mundial (ALMEIDA et al., 2013).

As estratégias voltadas para a identificação precoce do risco da sepse nos pacientes, melhora as chances de sobrevivência e impede os estágios mais graves, como o choque séptico. A sepse merece atenção por parte da equipe multiprofissional, principalmente do enfermeiro, que está mais próximo do paciente, tendo em vista os processos complexos a ele inerentes, que contribuem para letalidade dos pacientes, resultado no impacto social e econômico (NETO et al; 2015).

Para a redução dos altos índices de mortalidade por sepse nas UTIs, como mencionado é necessário um diagnóstico precoce, mais rápido possível, identificando, as disfunções orgânicas. (PENINCK, 2012)

Criou-se então, os pacotes chamados também de *bundles*, referindo-se a um conjunto de intervenções alicerçadas em evidências científicas publicadas em artigos científicos. Os pacotes atuais contem condutas para as primeiras três e seis horas do diagnóstico de sepse. Essas intervenções são prioritárias para o tratamento da doença, sendo que o enfermeiro possui um papel fundamental em sua aplicação (ZANON, 2008).

O método terapêutico da sepse grave e do choque séptico sofreu grandes mudanças nos últimos tempos, devido aos avanços dos estudos e de pesquisas do cenário clínico. Foi desenvolvido uma campanha mundial chamada Campanha de Sobrevivência a Sepse, com o intuito de reduzir a mortalidade em 25% em cinco anos, e estabeleceu uma rotina padrão para o atendimento dos pacientes (DELLINGER et al., 2008).

Com isso as intervenções de enfermagem ao paciente com sepse em UTI estão embasadas nas diretrizes da Campanha de sobrevivência a sepse, que preconiza a identificação precoce da sepse, e tratamento imediato (ILAS, 2014).

O protocolo de tratamento consiste na execução do chamado pacote de seis (06) horas da campanha de sobrevivência da sepse. Inclui: rápida identificação da sepse grave; coleta de exames laboratoriais, incluindo lactato arterial e hemoculturas, além de hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, bilirrubina total, TAP e PTTa; iniciar antibioticoterapia na primeira hora após o diagnóstico; para os pacientes hipotensos com sinais de má-perfusão tecidual, incluindo lactato maior que 4 mmol/l, expansão da volemia com reposição de solução salina a 0,9%, 30 ml/kg em 1 hora e avaliação da necessidade de aminas simpaticomiméticas, visando às seguintes metas hemodinâmicas: pressão venosa central entre 8 e 12 mmHg, pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg, saturação venosa central de oxigênio maior que 70%, clareamento do lactato maior que 10% em seis horas e diurese maior que 0,5 ml/kg/h. Para que essas metas sejam atingidas foram providenciados formulário de diagnóstico e conduta inicial do paciente com sepse grave; formulário de solicitação de bandeja com material para punção venosa profunda, medida de pressão venosa central e coleta de hemoculturas; fluxograma para a rápida obtenção da primeira dose de antibiótico; fluxograma para a rápida obtenção do resultado dos primeiros exames laboratoriais; agilização da liberação do resultado das culturas (CUNHA et al., 2013).

É importante que a enfermeira (o), esteja atenta ao paciente em quadro de hipotensão, não permitindo que permaneça por mais de 40 min, pois refere grande risco de óbito, podendo realizar as drogas vasoativas prescritas pelo médico imediatamente, mesmo em AVP até que seja providenciado o CVC (ILAS, 2015).

Além dos cuidados das primeiras horas para o tratamento da sepse, é importante mencionar, demais recomendações, previstas pelo Instituto Latino Americano de Sepse – ILAS, como o uso de corticóides, recomendada para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. (ILAS, 2018).

A ventilação mecânica, Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A estratégia protetora inclui a utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH₂O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO₂ entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH₂O, sempre que possível. Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com relação PaO₂/FiO₂ menor que 150 e FiO₂ de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica. Manobras de recrutamento estão associadas a maior mortalidade e devem ser evitadas. (ILAS, 2018).

Há uma recomendação quanto ao uso de bicarbonato, nos casos de acidose láctica em pacientes com pH >7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor está terapia pode ser avaliada como medida de salvamento. (ILAS, 2018).

Sobre o controle glicêmico, os pacientes na fase aguda de sepse cursam frequentemente com hiperglicemia, secundária a resposta endocrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendado por meio da utilização de protocolos específico, visando uma meta abaixo de 180 mg/dL, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas da mesma (ILAS, 2018).

E da terapia renal substituta, o ILAS, estipula que não há recomendação para o início dessa terapia, devendo-se individualizar cada caso, conforme discussão com equipe especialista.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo por meio de uma revisão de literatura abordou a sepse e considera-se o cenário da mesma preocupante, visto que tal patologia encontra números elevados, com altos índices, de casos de óbito, em se tratando de UTIs, ainda mais preocupante, já que se trata de um ambiente de pacientes debilitados e necessitados dos mais variados cuidados, que se tornam invasivos ao corpo humano, na mesma proporção que necessários a manutenção da vida, e por isso levam o paciente ao risco dessa inflamação.

No que diz respeito as UTIs, foram criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros.

Porém em razão do alto suporte tecnológico de aparelhos, máquinas, notou-se que os profissionais de saúde, em especial o profissional de enfermagem foram se “mecanizando”, e se tornando mais distantes do paciente, em razão da constante preocupação com a operação do maquinário e da tecnologia que o cercam.

E é nas UTIs, que o paciente se torna mais dependente de um atendimento próximo, chamado de humanizado, pois é o enfermeiro, que tem com o mesmo uma rotina diária de desde medidas de higiene e conforto, como seguir as prescrições médicas, de medicação, alimentação, realização de exames e demais, ou seja, dentro do hospital.

Com isso notou-se também que no que tange a percepção e identificação da sepse, é extremamente importante o SAE, um sistema metodológico de trabalho, uniformizando as práticas de enfermagem, possibilitando ao profissional identificar, descrever, compreender os planos de cuidado e traçar as intervenções de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade da assistência, aumentando a segurança e satisfação do cliente.

É importante analisar os casos de Sepes por que nos casos em UTI, as intervenções e tratamentos tem como primordial a manutenção preventiva, apesar da complexidade da sepse, não é impossível combater micro organismos, onde as equipes, principalmente os enfermeiros, nesse cenário, tomando conhecimento do perigo que a sepse representa, seus agravos e os danos que pode causar ao organismo, profissionais enfermeiros se tornam mais atentos aos sinais vitais, ao acompanhamento do paciente de modo mais eficaz, uma vez que o diagnóstico precoce é um ponto crucial no combate à doença, assim a equipe multidisciplinar estará apta a rápida escolha do tratamento e por consequente rápido iniciação ao mesmo e uma redução nas taxas de mortalidade.

Por fim, o profissional de enfermagem deve estar apto a traçar as intervenções necessárias, com conhecimento científico e capacitação, para conduzir a situação, presando pelo SAE, seguindo os protocolos e bundles, evitando a transmissão do Resultados da pesquisa Infecção Relacionada à Assistência à Saúde-IRAS, alcançando as metas traçadas pela Campanha de sobrevivência a sepse. Com isso a reforça-se também a constante necessidade de valorização desse profissional, que diariamente está nas linhas de frente lidando com as mais variadas patologias, e no caso da sepse, é necessários uma conscientização, programas, treinamentos, mecanismos que geram conhecimento e segurança tanto para paciente quanto para profissional. O estudo se limita por falta de estudos amplos e recentes, sendo assim, necessário realizar uma pesquisa aplicada.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. C. L. A unidade de terapia intensiva In: **Enfermagem em unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.
- ALMEIDA, Evellyn Ferreira de. **Assistência de enfermagem na UTI frente ao uso de tecnologias: uma revisão integrativa**. Monografia apresentada à banca de defesa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel Licenciado em Enfermagem. São Luís, 2017.
- ALMEIDA, T.A; MARQUES, I.R. Sepsis: atualizações e implicações para a enfermagem. Revista de Enfermagem da UNISA. Santo Amaro, v.10, n.2, p.182-7, 2009. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-16.pdf>. Acesso em Maio de 2020.
- AZEVEDO, L. C. P. de; RAMOS, F. J. S.; PIZZO, V. R. P. Sepsis. In: SCHETTINO, G. et al. **Paciente Crítico: diagnósticos e tratamento: Hospital Sírio Libanês**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2012. Cap.99, p. 986- 991.
- BANARD A. **Philosophy of technology in nursing**. Nurs Philosophy 3(1): 15-26, 2002.
- BHATTARAI, A. [editor]. The World Sepsis Declaration. The ICU Post. Nepal, 5 ed. p. 67-68. nov. 2013. Disponível em: <http://www.nccdfnepal.org/wp-content/uploads/2013/01/TheICU-Post-Magazine.pdf>. Acesso em Maio de 2020.
- BOECHAT, A. L; BOECHAT, N. O. **Sepsis: diagnóstico e tratamento**. Revista Brasileira Clinica Medica. São Paulo, v. 8, n. 5, 2010. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/010.pdf>>. Acesso em Maio de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**: dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html. Acesso em Maio de 2020.
- CUNHA, Sergio da. Protocolo de tratamento da sepsis grave HUPE contra a sepsis. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2013; 12(3): 15-20, v. 12, n. 3, jul-set. 2013. Disponível em:< <http://docplayer.com.br/145341905-Protocolo-de-tratamento-da-sepsis-grave-hupe-contr-a-sepsis.html>>. Acesso em Abril de 2020.
- DELLINGER, R.P, et al. **Campanha de sobrevivência à sepsis**: Diretrizes internacionais para o tratamento de sepsis grave e choque séptico: 2012. Critical Care Medicine. Amsterdã, v.41, n2, p.1-58, Fev 2013.
- FERREIRA, Rosa Gomes; DO NASCIMENTO, Jorge Luiz. **Intervenções de enfermagem na sepsis: saber e cuidar na sistematização assistencial**. Revista saúde e desenvolvimento, v. 6, n. 3, p. 45-55, 2014.

INACIO, Ana Cristina Rocha. **Sepse em pacientes com lesão renal aguda severa**. 2017. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23142/25287#:~:text=A%20sepsis%20foi%20a%20principal,61%2C4%25%20dos%20casos.>>. Acesso em Maio de 2020.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE - **Implementação de protocolo gerenciado de sepsis protocolo clínico atendimento ao paciente adulto com sepsis / choque séptico**. 2018. Disponível em :< <https://www.ilas.org.br/> > Acesso em maio de 2020.

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

LEVY, Mitchell M. et al. 2001 sccm/esicm/accp/ats/sis international sepsis definitions conference. Intensive care medicine, v. 29, n. 4, p. 530-538, 2003

MARTINS E.C., SILVEIRA L.F., VIEGAS K., BECK A.D., FIORAVANTTI JÚNIOR G., CREMONESE R.V., et al. **Razão neutrófilo-linfócito no diagnóstico precoce de sepsis em unidade de terapia intensiva: um estudo de caso-controle**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2019;31(1):63-70.

MARTINS PAF, SILVA DC, ALVIM NAT. **Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados**: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1):143-50. Disponível em: periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/5588/4073 Acesso em Abril de 2020.

NETO, J. M. R. et al. **Assistência de enfermagem á pacientes sépticos em uma unidade de terapia intensiva adulto**. Facene/Famene. João Pessoa, v.9, n.2, 2011.

NETO, José Melquiades Ramalho et al. **Concepções de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva geral sobre sepsis**. Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 4, 2015.

NISHIDE, V. M.; MALTA, A.R.; AQUINO, T.B. **Enfermagem no Paciente Crítico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

NÓBREGA, M.M. L.; SILVA, K. de L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEN, 2009.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed; 2013.

RAYES, Ariane Borgonovo et al. **Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) em pacientes hospitalizados por descompensação aguda da cirrose com ou sem infecção bacteriana: embora semelhantes, muito diferentes!** 2017.Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos, Florianópolis, 2017.

RHODES, A.; et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. **Critical care medicine**, v. 45, n. 3, p.486-552, march 2017.

SÁ, Larissa T.G.S., SOUZA, Akaciane M., SANTOS, Jean P.A.S. **Análise da assistência de enfermagem nos cuidados aos pacientes com sepse na unidade de terapia intensiva.** 2º Congresso Internacional de Enfermagem – CIE/13º Jornada de Enfermagem da Unit (JEU) – mai 2019.

SAGY, M.; AL-QAQAA, Y.; KIM, P. **Definitions and pathophysiology of sepsis.** Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, v. 43, n. 10, p. 260-3, Nov-Dec 2013. ISSN 1538-3199.

SANTANA, Roberta A.N.S., MARQUES, Simone, C., SPOLIDORO, Fábio V. **A atuação do Enfermeiro no paciente séptico em uma Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Enfermagem em Evidência, Bebedouro SP, 1 (1): 33-43, 2017.

SCHWONKE, C. R; Barcelos G; et al. **Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011.

SINGER, Mervyn et al. **The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3).** Jama, v. 315, n. 8, p. 801-810, 2016.

SIQUEIRA-BATISTA R, GOMES A.P, CALIXTO-LIMA L., VITORINO R.R, PEREZ M.C.A, MENDONÇA E.G et al. **Sepse: atualidades e perspectivas.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2011; 23(2):207-216.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Enfermagem Médico-Cirúrgica vol. 2.** – São Paulo; Guanabara Koogan, 2012.

SOBRATI. **Histórico da criação das UTIS.** São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/historyicu.htm>>. Acesso em Junho de 2020.

TANURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VARGAS, Divani.; BRAGA, Ana Lúcia. **O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu papel.** Revista online. Disponível em:<<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>>. Acesso em Maio de 2020.

VENTURINI D. A, MATSUDA L. M, WAIDMAN M. A. P. **Produção científica brasileira sobre SAE.** Cienc. Cuid. Saude., 8(4):707-15, 2009.

VIANA, R.A.P.P.; MACHADO, F.R.; SOUZA, J. **Sepse: um problema de saúde pública. À atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. Conselho regional de enfermagem São Paulo-2016.** Instituto latino americano para estudos da sepse (ilas), p.1-67

VILA VSC, ROSSI LA. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido".** Rev Latinoam Enf 2002;10(2):137-44.

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

ZANON, F, et al. **Sepse na unidade de terapia intensiva:/ etiologias, fatores prognósticos e mortalidade.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. São Paulo, v. 20, n. 2, p.128-134, abr-jun. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/03.pdf>>. Acesso em Maio de 2020.