

A utilização de critérios diagnósticos de sepse na Atenção Primária à Saúde e o impacto nos desfechos clínicos: uma revisão rápida

The use of sepsis diagnostic criteria in Primary Health Care and their impact on clinical outcomes: a rapid review

El uso de criterios diagnósticos de sepsis en la Atención Primaria de Salud y su impacto en los resultados clínicos: una revisión rápida

Cássia Mariz da Silva¹ , Thiago Figueireido de Castro^{1,2} , Lucas Alves Carvalho² , Luana de Oliveira Pires³ , Rodolfo Rêgo Deusdará Rodrigues¹ 

¹Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

²Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Católica de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Resumo

Introdução: O atendimento de urgências e emergências médicas está incluído na carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo a sepse entre as urgências. A avaliação do paciente com suspeita de sepse deve, idealmente, incluir história clínica, exame físico, sinais vitais e aplicação de critérios diagnósticos específicos. **Objetivo:** Sintetizar as evidências sobre a utilização dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais da APS e sua repercussão nas intervenções realizadas e nos desfechos clínicos. **Métodos:** Foi realizada uma revisão rápida da literatura disponível nas bases de dados Embase, LILACS e SciELO, utilizando os descritores “sepsis” e “primary care” e o operador booleano AND. **Resultados:** Foram selecionados 6 artigos, que variaram entre estudos observacionais, projetos de melhoria de qualidade, questionários transversais e coortes retrospectivas. Observou-se que a aplicação dos critérios diagnósticos de sepse na APS influencia o tempo de transporte ao hospital, a chance de atendimento por um médico mais experiente ou especialista, o diagnóstico oportuno de sepse, o tempo de internação hospitalar, a chance de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a mortalidade. Apenas metade dos profissionais é capaz de definir sepse corretamente e menos de um terço conhece o qSOFA, um dos critérios mais utilizados. Os aspectos mais considerados para a suspeita de sepse foram o estado geral do paciente e a intuição clínica. **Conclusões:** A APS desempenha um papel crucial no manejo da sepse; contudo, é essencial capacitar os profissionais de saúde sobre os critérios diagnósticos para garantir a identificação oportuna e o manejo adequado dos casos suspeitos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Emergências; Sepse.

Autora correspondente:

Cássia Mariz da Silva
E-mail: cassiamariz@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/04/2024.

Aprovado em: 27/06/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e
Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Silva CM, Castro TF, Carvalho LA, Pires LO, Rodrigues RRD. A utilização de critérios diagnósticos de sepse na Atenção Primária à Saúde e o impacto nos desfechos clínicos: uma revisão rápida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4239. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4239](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4239)



Abstract

Introduction: The management of medical emergencies, including sepsis, are included in the Primary Health Care (PHC) service portfolio. Assessment of patients with suspected sepsis ideally includes clinical history, physical examination, vital signs, and application of diagnostic criteria for sepsis. **Objective:** To synthesize the evidence regarding the use of sepsis diagnostic criteria by PHC professionals and their impact on the interventions carried out and clinical outcomes. **Methods:** This is a Rapid Review of the literature available in the Embase, Lilacs, and SciELO databases, using the health descriptors “sepsis” and “primary care”, with the Boolean operator AND. **Results:** 6 articles were selected, which varied between observational studies, quality improvement projects, cross-sectional questionnaires, and retrospective cohorts. It was evident that the application of sepsis diagnostic criteria in PHC interferes with the transport time to the hospital, the chance of care by a more experienced/specialist doctor, the timely diagnosis of sepsis, the length of hospital stay, the chance of admission to an Intensive Care Unit (ICU), and mortality. Only half of professionals know how to define sepsis correctly and less than 1/3 were familiar with one of the most used criteria, the qSOFA. The most considered aspects for the suspicion of sepsis were general condition and intuition. **Conclusions:** PHC plays a crucial role in the management of sepsis; however, it is essential to train healthcare professionals on diagnostic criteria for timely identification and adequate management of suspected cases.

Keywords: Primary Health Care; Emergencies; Sepsis.

Resumen

Introducción: La atención de urgencias y emergencias médicas están incluidas en la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud (APS), incluyendo la sepsis. La evaluación del paciente con sospecha de sepsis idealmente incluye historia clínica, examen físico, signos vitales y aplicación de criterios diagnósticos de sepsis. **Objetivo:** sintetizar las evidencias sobre el uso de criterios diagnósticos de sepsis por los profesionales de la APS y su impacto en las intervenciones realizadas y los resultados clínicos. **Métodos:** Se trata de una revisión rápida de la literatura disponible en las bases de datos Embase, Lilacs y SciELO, utilizando los descriptores de salud “sepsis” y “atención primaria”, con el operador booleano AND. **Resultados:** Se seleccionaron 6 artículos, que variaron entre estudios observacionales, proyectos de mejora de calidad, cuestionarios transversales y cohorte retrospectiva. Se evidenció que la aplicación de los criterios diagnósticos de sepsis en la APS interfiere en el tiempo de traslado al hospital, la posibilidad de ser atendido por un médico con mayor experiencia/especialista, el diagnóstico oportuno de sepsis, la duración de la estancia hospitalaria, la posibilidad de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la mortalidad. Sólo la mitad de los profesionales sabe definir correctamente la sepsis y menos de 1/3 conoce uno de los criterios más utilizados, el qSOFA. Los aspectos más considerados para la sospecha de sepsis fueron el estado general y la intuición clínica. **Conclusiones:** La APS es importante en el manejo de la sepsis; sin embargo, es fundamental capacitar a los profesionales de salud sobre los criterios diagnósticos existentes, para garantizar la identificación oportuna y el manejo adecuado de los casos sospechosos.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Emergencias; Sepsis.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde, deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, funcionando como a base da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ordenando o fluxo dos usuários entre os distintos níveis.¹⁻³ Deve oferecer serviços de saúde variados, considerando as necessidades da comunidade local, o que compõe a Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Nesta, deve estar incluído o atendimento de urgências e emergências médicas, especialmente em regiões onde as unidades de pronto-atendimento são distantes ou pouco acessíveis, como em áreas rurais.^{4,5}

Apesar dessa função, a APS ainda apresenta limitações que impedem a resolubilidade esperada, especialmente no diagnóstico e manejo de urgências médicas. Entre os fatores que contribuem para isso estão: a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, a escassez de recursos técnicos adequados, a baixa disponibilidade de fluxogramas e protocolos locais orientadores do manejo e o investimento governamental insuficiente.⁶

Entre as situações de urgência/emergência comumente manejadas está a sepse, definida como uma resposta imunológica anormal do organismo à presença de patógenos, seja a infecção confirmada ou suspeita, levando à disfunção de múltiplos órgãos. Quando essa resposta exacerbada evolui para colapso do sistema cardiovascular, manifestando-se com queda da pressão arterial (pressão arterial sistólica <90 mmHg, pressão arterial média <65 mmHg ou uma redução de >40 mmHg na pressão arterial sistólica basal) refratária à ressuscitação volêmica adequada, ocorre o choque séptico.⁷⁻⁹

A sepse é reconhecida como um significativo problema de saúde pública, com critérios de diagnóstico estabelecidos e difundidos. Estima-se que 70 a 80% dos casos de sepse originam-se na comunidade.¹⁰ De acordo com o *Global Burden of Disease Study*, que avaliou dados de 1990 a 2017, houve quase 50 milhões de casos de sepse em 2017, com um número estimado de mortes de 11 milhões, representando 19,7% das mortes naquele ano. A incidência foi de 677,5 casos por 100.000 pessoas, com dois picos de acometimento por faixa etária, um na primeira infância e outro em adultos mais velhos. Dos 48,9 milhões de casos incidentes, 41,5 milhões (85%) ocorreram em países com Índice Sociodemográfico baixo, médio-baixo e médio.¹¹

No Brasil e na América Latina, dados consistentes sobre incidência, desfecho e custos com sepse são escassos. O Estudo Epidemiológico Brasileiro de Sepse (estudo BASES), realizado em 2004, avaliou dados de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitais terciários de duas regiões do país. A incidência para sepse, sepse grave e choque séptico foi de 61,4, 35,6 e 30,0 por 1.000 pacientes-dia, respectivamente. As taxas de mortalidade foram de 24,3% para SIRS, 34,7% para sepse, 47,3% para sepse grave e 52,2% para choque séptico; a taxa de mortalidade geral em 28 dias foi de 21,8%.¹²

O reconhecimento de sepse fora do ambiente hospitalar é baixo, apesar de o primeiro contato do paciente com suspeita de tal condição ser, majoritariamente, com um serviço de atenção primária. Nesse cenário, a avaliação adequada do paciente pelos profissionais que têm o primeiro contato, especialmente médicos de família e clínicos gerais, é fundamental para a melhor conduta e desfecho do caso. Essa avaliação deve incluir história clínica, exame físico, aferição de sinais vitais e aplicação de critérios diagnósticos para sepse. Contudo, no ambiente de cuidados primários, esses critérios ainda são pouco utilizados, sendo mais aplicados em serviços de saúde secundários e terciários.¹³

Os critérios diagnósticos frequentemente utilizados para sepse são: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS, do inglês *Systemic Inflammatory Response Syndrome* — ver Quadro 1), qSOFA (do inglês *Quick Sequential Organ Failure Assessment*— ver Quadro 2) e NEWS (do inglês *National Early Warning Score* — ver Quadro 3).¹⁴

O objetivo deste trabalho é sintetizar as evidências quanto à utilização dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais de saúde da APS e a repercussão dessa utilização sobre as intervenções realizadas e os desfechos clínicos dos pacientes.

Quadro 1. Critérios *Systemic Inflammatory Response Syndrome*.

Critérios	Valores
Temperatura corporal	>38°C ou <36°C
Frequência cardíaca	>90 bpm
Frequência respiratória	>20 irpm (ou PaCO ₂ <32 mmHg)
Leucócitos	>12.000 ou <4.000 ou >10% de formas jovens

Fonte: adaptado de Alencar e Souza.¹⁴

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

Quadro 2. Critérios Quick Sequential Organ Failure Assessment.

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

Fonte: adaptado de Alencar e Souza.¹⁴

irpm: incursões respiratórias por minutos; mmHg: milímetros de mercúrio. Nota: a presença de 2 ou mais critérios indica sepse.

Quadro 3. Critérios National Early Warning Score.

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

Fonte: adaptado de Alencar e Souza.¹⁴

A: alerta; V, D, I: reage a estímulo verbal, doloroso ou irresponsivo; bpm: batimentos por minuto; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; irpm: incursões respiratórias por minutos; mmHg: milímetros de mercúrio; PAS: pressão arterial sistólica; SpO₂: saturação periférica de oxigênio. Nota: uma pontuação maior ou igual a 4 indica sepse.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistematizada da literatura do tipo revisão rápida, que buscou responder aos seguintes questionamentos: “1. Os critérios diagnósticos de sepse são utilizados pelos profissionais de saúde que atuam na APS? 2. O uso desses critérios modifica a conduta e o desfecho dos casos suspeitos ou confirmados de sepse?”. Foram realizadas buscas nas bases de dados Embase, LILACS e SciELO, utilizando os termos “sepsis” e “primary care” e o operador booleano “AND”. A pesquisa foi realizada em novembro de 2023, sem critérios de ano e idioma de publicação.

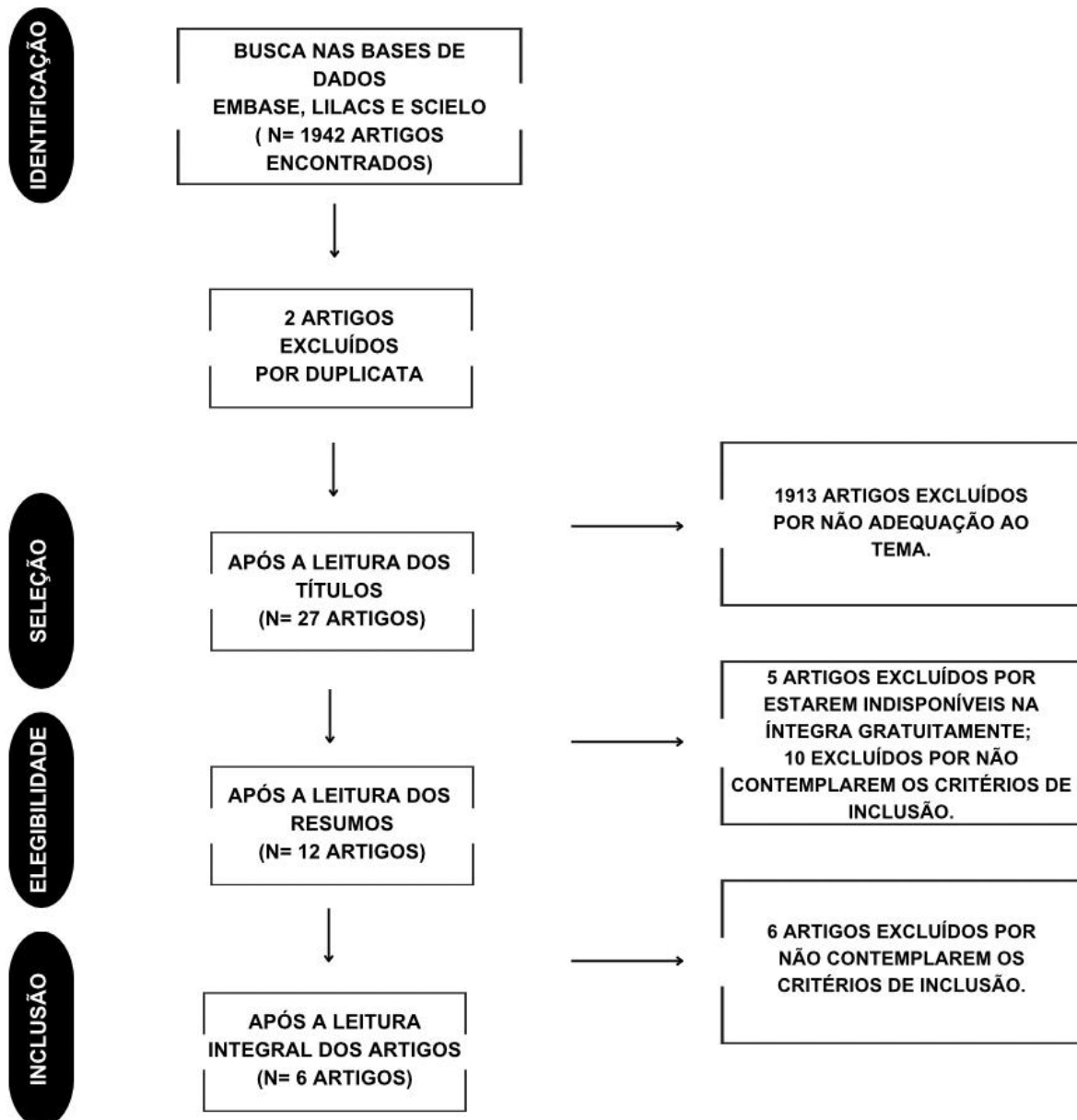
Primeiramente, os artigos encontrados foram selecionados a partir de seus títulos. Em seguida, foram lidos os resumos dos artigos selecionados. Por fim, os artigos escolhidos foram lidos na íntegra para verificar seu enquadramento no objetivo deste trabalho. Um dos autores realizou a seleção dos artigos, sob supervisão de outros dois pesquisadores. A análise dos artigos selecionados foi conduzida pelos autores.

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

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

RESULTADOS

A descrição do processo de busca e seleção dos artigos está na Figura 1. Um resumo com as principais características dos artigos incluídos na revisão consta no Quadro 4.



Fonte: elaboração dos autores (2024).

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

O estudo de Scott et al.¹⁷ observou que pacientes com o NEWS calculado e com valores elevados foram transportados em menor tempo e atendidos mais rapidamente do que aqueles com NEWS mais baixo ou não calculado. À medida que o NEWS aumentou, a probabilidade de atendimento por um médico mais experiente no hospital também aumentou. Em relação aos desfechos clínicos, pacientes com NEWS elevado apresentaram mais dias de internação hospitalar, maior chance de internação em UTI e maior mortalidade.

Quadro 4. Principais características dos artigos incluídos na revisão.

Origem/ano	Título	Autores	Periódico	Objetivo	Considerações
Inglaterra/2020	Association between National Early Warning Scores (NEWS) in primary care and clinical outcomes: an observational study in UK primary and secondary care ¹⁷	Scott et al.	British Journal of General Practice	O principal objetivo do estudo foi realizar uma apuração entre o NEWS calculado no momento do encaminhamento pelo médico de família para o hospital e o processo oportuno de atendimento, isto é, investigar se os pacientes são atendidos mais rapidamente com o NEWS. Como objetivo secundário, o estudo buscou analisar os resultados clínicos no hospital.	Trata-se de um estudo observacional que avaliou o tempo desde o encaminhamento até a chegada ao hospital (por ambulância ou outro tipo de transporte), tempo desde a chegada ao hospital até a avaliação pelo médico, grau do médico avaliador, tempo de internação hospitalar, diagnóstico primário de sepse, internação em UTI, mortalidade em 2 dias e mortalidade em 30 dias de cerca de quinhentas mil pessoas atendidas no maior hospital do Sudoeste da Inglaterra.
Inglaterra/2020	Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project ¹⁸	Pullyblank et al.	British Journal of General Practice	O projeto objetivou padronizar o NEWS nos cuidados secundários e introduzir o NEWS na comunidade e nos cuidados primários e descrever uma visão geral de uma implementação do NEWS em todo o sistema para avaliação e comunicação de pacientes gravemente indispostos em uma região, além de apresentar evidências de que o uso do NEWS no atendimento pré-hospitalar está associado a melhores resultados em pacientes com suspeita de sepse.	Projeto de melhoria da qualidade que comparou os resultados com a população do Oeste da Inglaterra com o restante da população. Equipes de todo o sistema de saúde reuniram-se para partilhar e testar ideias, definir resultados, identificar aprendizagem e desenvolver material educativo. Cada organização individual utilizou metodologia de melhoria da qualidade para adotar o NEWS e compartilhou sucessos e barreiras à implementação. Os materiais educacionais incluíam dois kits de ferramentas on-line para implementação do NEWS e adoção de comunicação estruturada, cartões NEWS laminados para cordões e pôsteres e apresentações para uso local. Eventos colaborativos de todo o sistema foram realizados a cada seis meses e as equipes também se reuniram em grupos de tarefas comunitárias de saúde, alinhando-se aos grupos de comissionamento clínico.

Continua...

Quadro 4. Continuação.

Origem/ano	Título	Autores	Periódico	Objetivo	Considerações
Gabão/2021	Knowledge of health workers relating to sepsis awareness and management in Lamberene, Gabon ¹⁹	Adegbite et al.	Acta Tropica	O estudo objetivou investigar o conhecimento sobre a conscientização e a gestão da sepse entre profissionais de saúde em Lambaréné, Gabão.	Estudo transversal com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) de sete unidades de saúde, incluindo um hospital de referência (HAS), um centro de investigação médica (CERMEL) e cinco unidades de saúde de cuidados primários (PHFs) em Lambaréné, na província de Moyen-Ogooué, no Gabão.
Holanda/2018	Management of sepsis in out-of-hours primary care: a retrospective study of patients admitted to the Intensive Care Unit ²⁰	Loots et al.	BMJ Open	O estudo objetivou explorar o papel das cooperativas de GP da Holanda no cuidado de pacientes com sepse	Estudo Retrospectivo que se baseou em prontuários médicos de pacientes internados na UTI do Hospital Gelderse Vallei, localizado em Ede, na Holanda, por sepse de início na comunidade. Avaliou-se o contato com a cooperativa de GP nas 72 horas anteriores à admissão hospitalar, tipo de contato, atraso desde o contato até a chegada ao hospital, diagnóstico do GP, sinais vitais iniciais e valores laboratoriais e mortalidade hospitalar.
Holanda/2017	Recognition of sepsis in primary care: a survey among GPs ²¹	Loots et al.	BJGP Open	O estudo objetivou obter mais informações sobre o atual processo de tomada de decisão clínica dos GPs em pacientes com infecções agudas e estabelecer como os GPs utilizam a medição dos sinais vitais na decisão de encaminhar um paciente para o hospital	Estudo transversal de uma amostra aleatória de 800 médicos de família holandeses fornecida pelo Instituto Holandês de Pesquisa em Serviços de Saúde (NIVEL) através de um questionário quantitativo baseado nas escalas Likert. Avaliou-se a decisão de encaminhar ou não um paciente com suspeita de sepse por parte dos médicos de família ao hospital.
Holanda/2021	Use of sepsis-related diagnostic criteria in primary care: a survey among general practitioners ²²	Mulders et al.	Family Practice	O estudo objetivou avaliar se os critérios de sepse, como SIRS, qSOFA e UK Sepsis Trust, são conhecidos e usados pelos GPs, e quais sinais os GPs associam a uma maior probabilidade de sepse.	Estudo transversal com 2560 médicos de família da Holanda que utilizou um questionário enviado aos GPs e respondido pela REDCap (Research Electronic Data Capture) - uma plataforma de software segura baseada na web projetada para apoiar a captura de dados para estudos de pesquisa. Avaliou-se o reconhecimento de sepse pelos GPs.

Fonte: elaboração dos autores (2024).

GP: general practitioner (médico de família e comunidade, em tradução e adaptação à realidade brasileira).

Com base no projeto de Pullyblank et al.¹⁸ foram implementadas metodologias para melhoria da qualidade nos serviços de saúde no Oeste da Inglaterra, como kits de ferramentas online para a implementação do NEWS, cartões com o NEWS, pôsteres e apresentações para uso local, além de reuniões frequentes das equipes e eventos colaborativos a cada seis meses. Como resultado, houve redução do tempo de internação hospitalar em um dia e diminuição da mortalidade por sepse e suspeita de sepse a partir de 2017, tornando-se a região com a menor taxa no país.

No inquérito realizado por Adegbite et al.,¹⁹ 115 profissionais responderam ao questionário, incluindo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Apenas 48,7% dos participantes conheciam a definição correta de sepse. Os sinais mais frequentemente atribuídos à presença de sepse foram febre (92%), alteração do estado mental (74,8%) e taquicardia (67%). Em relação ao manejo inicial, muitos indicaram condutas adequadas, como acesso venoso em veia de grande calibre, realização de hemocultura e antibioticoterapia de amplo espectro; no entanto, apenas 32% tinham conhecimento da importância dos fluidos cristaloides para reposição volêmica em casos de hipotensão. Quanto aos critérios diagnósticos, 26% conheciam o qSOFA, e apenas 13% conseguiram descrever os critérios que o compõem.

O trabalho de Loots et al.,¹³ desenvolvido entre 2011 e 2015, incluiu 263 pacientes, dos quais 48,2% tiveram contato com alguma cooperativa de médicos de família nas 72 horas anteriores à admissão hospitalar. Dos 127 pacientes que tiveram contato prévio com as cooperativas, 12,6% foram transferidos diretamente para o hospital por ambulância, após triagem telefônica e sem avaliação presencial do médico de família; 59,8% receberam visita domiciliar após triagem telefônica e 18,9% passaram por consulta presencial, dos quais 8,7% receberam aconselhamento telefônico.

O tempo médio de chegada ao hospital foi de 1,7 horas para toda a coorte. A transferência imediata por ambulância apresentou menor tempo (mediana de 1,0 hora), e o aconselhamento apenas por telefone apresentou maior tempo (mediana de 15,1 horas). No total, 100 pacientes foram avaliados presencialmente por um clínico geral (76 por visita domiciliar e 24 por consulta clínica). Em 57 dos 100 casos, foi diagnosticada ou suspeitada uma infecção, mas apenas 6 casos foram identificados como sepse ou possível sepse. Para os pacientes que não receberam suspeita de infecção após a avaliação inicial do médico de família, a taxa de mortalidade foi maior em comparação com os pacientes com suspeita de infecção (41,9 vs. 15,8%). Para os pacientes encaminhados ao pronto-socorro, a taxa de mortalidade entre aqueles com suspeita de infecção foi de 12,5%, em comparação com 56,0% quando o médico de família não suspeitou de infecção. Para os pacientes não encaminhados após o primeiro contato, a mortalidade hospitalar foi de 22,2% em ambos os grupos.¹³

Outro estudo realizado por Loots et al.²⁰ objetivou analisar a tomada de decisão clínica dos médicos de família em pacientes com infecções agudas, bem como a medição dos sinais vitais na decisão de encaminhar o paciente ao hospital. Para isso, foi aplicado um questionário a 800 médicos de família na Holanda, dos quais somente 20,3% responderam completamente. De acordo com as respostas, os pacientes foram atendidos principalmente em visitas domiciliares (59,2%), sendo o trato respiratório o local mais comum de infecção, tanto nos pacientes encaminhados (60,3%) ao hospital quanto nos tratados com antibióticos no domicílio (53,9%).

Os dados da história e do exame físico considerados imprescindíveis para encaminhamento foram: estado geral (94,1%), sensação de alerta (92,1%), história clínica (92,0%) e exame físico (89,3%). Os sinais vitais frequentemente aferidos foram a temperatura corporal e a frequência cardíaca. Todos os sinais vitais foram medidos com maior frequência nos pacientes referenciados. Em relação aos antecedentes pessoais significativos na decisão de encaminhar um paciente com uma possível infecção,

os respondentes concordaram sobre a importância do uso crônico de medicação imunossupressora (96,8%) e da multimorbidade (83,6%). Os aspectos da história mencionados como importantes por mais de 80% dos participantes foram: incapacidade de ficar em pé, antibioticoterapia prévia sem resposta satisfatória, rápida progressão da doença e diminuição do débito urinário. Os aspectos do exame físico considerados relevantes foram: estado mental alterado (98,7%), pressão arterial sistólica <100 mmHg (93,7%) e frequência respiratória >22 incursões/minuto (86,1%), correspondentes aos critérios do qSOFA.²⁰

Já Mulders et al.²¹ pesquisaram especificamente se os critérios são utilizados pelos médicos de família e quais sinais eles associam à probabilidade de sepse. Dos 2.560 médicos de família holandeses que receberam o questionário online, 229 (8,9%) responderam, e 23 foram excluídos por incompletude. Somente 20,9% dos respondentes receberam treinamento em sepse nos últimos 5 anos.

Inesperadamente, o quesito mais utilizado para o reconhecimento de sepse foi a intuição (98,1%); além disso, a deterioração clínica e a aparência anormal do paciente foram consideradas relevantes. Sobre o conhecimento dos critérios diagnósticos de sepse, a maioria dos médicos reconhecia o SIRS (75,7%), mas a minoria compreendia o qSOFA (27,7%) e os critérios do UK Sepsis Trust (UKSTc; 11,7%). Médicos de família que receberam treinamento em sepse foram mais propensos a classificar um caso de sepse como provável ou muito provável.²¹

Os parâmetros associados a uma probabilidade de sepse foram frequência respiratória, pressão arterial, tempo de enchimento capilar e estado mental. Notavelmente, pelos cálculos estatísticos da pesquisa, a educação em serviço sobre sepse, a experiência, a alta frequência de tarefas fora do expediente, o uso do ABCDE e a familiaridade com o SIRS, qSOFA ou UKSTc não aumentaram a probabilidade de identificar corretamente a sepse.²¹

DISCUSSÃO

Uso dos critérios diagnósticos

A maioria dos estudos evidenciou que o conhecimento dos profissionais de saúde de cuidados primários sobre os critérios diagnósticos de sepse é insuficiente. De acordo com os resultados das pesquisas, as alterações dos sinais clínicos reconhecidas como indicativas de sepse, como febre, alteração do estado mental e taquicardia, não foram diretamente associadas pelos clínicos da APS aos critérios diagnósticos estabelecidos.

Surpreendentemente, o aspecto mais valorizado e utilizado pelos profissionais para o diagnóstico de sepse foi a intuição.^{19,21} Em consonância com isso, Adegbite et al.¹⁹ mostraram que menos de 30% dos participantes da pesquisa conheciam um dos escores mais utilizados para o diagnóstico de sepse, o qSOFA. Um resultado similar foi encontrado no trabalho de Mulders et al.,²¹ no qual 27,7% dos clínicos gerais participantes estavam familiarizados com esse critério.

Repercussão nos desfechos clínicos

Os resultados reforçam a hipótese inicial de que a aplicação dos critérios diagnósticos de sepse pelos profissionais da APS, especialmente pelos médicos de família, impacta positivamente a melhoria do atendimento de pacientes com sepse ou suspeita de sepse. Além de padronizar a linguagem clínica, o cálculo dos escores, em conjunto com o julgamento clínico, aumenta a probabilidade de suspeição e a

segurança dos profissionais, otimizando o tempo para avaliação em unidades de saúde e possibilitando o manejo adequado aos casos com maior pontuação.^{13,17,18}

Como demonstrado pela coorte de Loots et al.,¹³ se os médicos de família suspeitarem de uma infecção, a taxa de mortalidade dos pacientes que posteriormente serão diagnosticados com sepse pode ser reduzida; entretanto, em apenas 57% dos casos avaliados presencialmente pelos participantes, foi suspeitada ou diagnosticada uma infecção.

Implicações para a prática

É evidente a importância de realizar capacitações periódicas com os profissionais da atenção primária. O estudo de Mulders et al.²¹ evidencia a escassez de treinamentos em sepse para médicos de família, com apenas um quinto dos participantes da pesquisa tendo recebido algum treinamento em sepse nos últimos cinco anos. Essas capacitações devem abordar o manejo adequado e a utilização dos critérios diagnósticos mais aplicáveis para cada caso. Além das capacitações, é fundamental garantir aos médicos da APS o tempo e os recursos necessários para uma avaliação adequada de seus pacientes.

Cecil et al.²² conduziu um estudo de coorte no Reino Unido, de 2014 a 2017, com o objetivo de identificar quais fatores estavam relacionados ao autoencaminhamento de pacientes ao hospital em casos de diagnóstico de embolia pulmonar, infecções do trato urinário, gravidez ectópica e sepse, que haviam consultado previamente um médico de família nos três dias anteriores à internação. Os resultados mostraram que 91,3% dos pacientes havia se consultado com um clínico geral antes de procurar o hospital, dos quais 87,0% tiveram contato presencial, com consultas que duraram, em média, nove minutos.

Pacientes que tiveram uma consulta presencial, seguida por contato telefônico com um médico de família nos três dias anteriores à admissão de emergência, apresentaram menor probabilidade de autoencaminhamento e um aumento de cinco minutos na duração da consulta com o clínico geral. Houve uma redução de 10% nas chances ajustadas de admissão autorreferida; a duração da consulta foi mais curta em pacientes que se autoencaminharam em todas as condições. Esses resultados reforçam a importância de garantir recursos adequados na APS para uma identificação correta de casos suspeitos de sepse pelos profissionais dessa área.²²

Limitações do trabalho

Como limitações, podem ser citadas: a quantidade reduzida de artigos publicados sobre o tema; o fato de a maioria desses estudos ter sido realizada em países europeus, com apenas um estudo proveniente de um país africano e nenhum da América Latina, o que limita a aplicação dos resultados à realidade brasileira; e a metodologia de pesquisa adotada (revisão rápida), que permite uma síntese breve dos conhecimentos existentes sobre um determinado tema, mas não possui o rigor metodológico de outros tipos de revisão, como a revisão sistemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é igualmente importante no manejo de urgências e emergências médicas, incluindo a sepse, assim como a atenção secundária e terciária. Para isso, são essenciais o ensino e a capacitação dos profissionais de cuidados primários quanto aos critérios diagnósticos disponíveis para a sepse, orientando

sobre sua utilização para a identificação e manejo oportunos dos casos suspeitos. Com a devida capacitação, é possível não apenas melhorar os desfechos clínicos dos pacientes atendidos, como tempo de internação e mortalidade, mas também atender à resolubilidade esperada para o nível primário da RAS.

AGRADECIMENTOS

Aos avaliadores da banca de Trabalho de Conclusão de Residência em Medicina de Família e Comunidade da primeira autora deste artigo, os quais contribuíram para a melhoria deste trabalho e incentivaram sua publicação.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

CMS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. TFC: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição. LAC: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição. LOP: Curadoria de Dados, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. RRDR: Análise Formal, Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 21 set. 2017 [acessado em 21 fev. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Gusso G, Machado LB. Atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JM, Dias LC, orgs. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 28-36.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acessado em 21 fev. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: acolhimento à demanda espontânea. n. 28, v. 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado em 21 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acessado em 21 fev. 2024]. Disponível em: <https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf>
6. Freitas TCC, Moreira GG, Aquino JM, Lacerda KP, Silva R, Jesus AP, et al. A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento às Urgências e Emergências: à luz da literatura. REAS 2020;Supl(38):e2881. <https://doi.org/10.25248/reas.e2881.2020>
7. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Crit Care Med 2021;49(11):e1063-e1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>
8. Silva E, Passos RH, Ferri MB, Figueiredo LF. Sepsis: from bench to bedside. Clinics (Sao Paulo) 2008;63(1):109-20. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322008000100019>
9. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acessado em 04 mar. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334216/9789240010789-eng.pdf?sequence=1>
10. Motta M, Wilcock M, Howe W, Sheehan R. Current management of suspected sepsis in primary care. Prescriber 2023;34(6):25-28. <https://doi.org/10.1002/psb.2073>

11. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020;395(10219):200-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
12. Silva E, Pedro MA, Sogayar AC, Mohovic T, Silva CL, Janiszewski M, et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). *Crit Care* 2004;8:R251-60. <https://doi.org/10.1186/cc2892>
13. Loots FJ, Smits M, van Steensel C, Giesen P, Hopstaken RM, van Zanten AR. Management of sepsis in out-of-hours primary care: a retrospective study of patients admitted to the intensive care unit. *BMJ Open* 2018;8:e022832. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022832>
14. Alencar JC, Souza HP. Sepse. In: Velasco IT, Brandão RA Neto, Souza HP, Marino LO, Marchini JF, Alencar JC, editores. *Medicina de Emergência: abordagem prática*. 14ª ed. Barueri: Manole; 2020. p. 168-80.
15. Smela B, Toumi M, Swierk K, Francois C, Biernikiewicz M, Clay E, et al. Rapid literature review: definition and methodology. *J Mark Access Health Policy* 2023;11(1):2241234. <https://doi.org/10.1080/20016689.2023.2241234>
16. Tricco AC, Langlois EV, Straus SE, editors. *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide* [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acessado em 07 abr. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>
17. Scott LJ, Redmond NM, Tavaré A, Little H, Srivastava S, Pullyblank A. Association between National Early Warning Scores in primary care and clinical outcomes: an observational study in UK primary and secondary care. *Br J Gen Pract* 2020;70(695):e374-80. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X709337>
18. Pullyblank A, Tavaré A, Little H, Redfern E, le Houx H, Inada-Kim M, et al. Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project. *Br J Gen Pract* 2020;70(695):e381-8. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X709349>
19. Adegbite BR, Edoa JR, Rylance J, Jacob ST, Kawale P, Adegnika AA, et al. Knowledge of health workers relating to sepsis awareness and management in Lambaréné, Gabon. *Acta Trop* 2021;219:105914. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2021.105914>
20. Loots FJ, Arpots R, van den Berg R, Hopstaken RM, Giesen P, Smits M. Recognition of sepsis in primary care: a survey among GPs. *BJGP Open* 2017;1(2):1-8. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X100965>
21. Mulders MC, Loots FJ, van Nieuwenhoven J, ter Maaten JC, Bouma HR. Use of sepsis-related diagnostic criteria in primary care: a survey among general practitioners. *Fam Pract* 2021;38(5):617-22. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab020>
22. Cecil E, Bottle A, Majeed A, Aylin P. Factors associated with potentially missed acute deterioration in primary care: cohort study of UK general practices. *Br J Gen Pract* 2021;71(708):e547-54. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0986>