

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**MIRIANE MELO SILVEIRA MORETTI**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:**

**Construindo caminhos para a implantação de um protocolo de sepse grave adequado a  
realidade de um hospital universitário em Porto Alegre**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

**MIRIANE MELO SILVEIRA MORETTI**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:**

**Construindo caminhos para a implantação de um protocolo de sepse grave adequado a realidade de um hospital universitário em Porto Alegre**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

**Linha de pesquisa:** Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Edi Chaves

**PORTO ALEGRE**

**2015**

M844e Moretti, Miriane Melo Silveira

Educação permanente em saúde: construindo caminhos para a implantação de um protocolo de sepse grave adequado a realidade de um hospital universitário em Porto Alegre/ Miriane Melo Silveira Moretti; orient. Simone Edi Chaves. – Porto Alegre: UNISINOS, 2015  
98p.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Sandra G. Feldmann CRB 10/789

ATA DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO PÚBLICA Nº 06/2015

Aos trinta dias do mês de junho do ano de dois mil e quinze, realizou-se na Sala CPA304 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a sessão de Arguição Pública do Trabalho de Conclusão "EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE SEPSE GRAVE ADEQUADO A REALIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM PORTO ALEGRE" da aluna Miriane Melo Silveira Moretti, nível Mestrado. A Comissão Examinadora foi constituída pelas professoras doutoras Simone Edi Chaves (orientadora), Sandra Maria Cezar Leal (Unisinos) e Denise Antunes de Azambuja Zocche (UDESC).

Desenvolvidos os trabalhos nos termos do Regimento Interno do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, o Trabalho de Conclusão foi aprovado pela Comissão Examinadora.

A emissão do Diploma está condicionada à entrega da versão final do Trabalho de Conclusão.

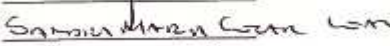
**Comissão Examinadora:**

Orientadora: Profa. Dra. Simone Edi Chaves

Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Profa. Dra. Denise de Azambuja Zocche

Assinatura: 

Assinatura: 

Assinatura: 

*“quem ensina aprende ao ensinar e quem  
aprende ensina ao aprender”*

PAULO FREIRE (2003, P. 23).

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela oportunidade em realizar um curso de Pós Graduação *Strictu Sensu*, pelas vezes que fraquejei e Ele me deu forças para continuar.

Ao meu pai Luis, minha mãe Miriam, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, pela compreensão, amor e carinho dedicados durante esta trajetória e principalmente por terem adotado os meus sonhos como seus.

Ao meu marido Joares pelo carinho, amor, apoio, paciência e compreensão em todos os momentos.

À Professora Simone, minha orientadora, pela sabedoria, carinho, dedicação, incentivo, paciência, compreensão. Essas e outras ações, dedicadas ao longo desse trabalho, as quais jamais esquecerei.

Aos meus colegas do SCI, meu muito obrigado: sem a colaboração de cada um de vocês, certamente não poderia ter realizado esse trabalho.

Um agradecimento especial a Enfermeira Francyne Lopes, que foi ela inicialmente que pensou em mim, para realizar esse trabalho de Implantação de um Protocolo.

A todas as pessoas que, de uma forma ou outra, marcaram minha vida e fizeram parte desta história.

## RESUMO

Este trabalho parte dos caminhos e encontros utilizados para a implantação de um Protocolo de Sepses Grave em um Hospital Universitário. O estudo é de abordagem qualitativa usando o método narrativa auto-referente. Utilizou-se os pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) como método de ativação de rede, onde os envolvidos são os atores da equipe assistencial do serviço em estudo, os mesmos foram convidados a pensar na elaboração coletiva de um Protocolo de Sepses Grave. Esta narrativa revela o percurso de uma enfermeira que realiza a construção em rede (rodas em redes) de um Protocolo de Sepses Grave. Aponta as possibilidades e entraves e as construções coletivas que surgiram no percurso com objetivo de subsidiar os serviços de saúde para a construção de coletivos organizados para a produção de saúde. Os resultados do estudo indicam para muitos aprendizados, destacando-se a construção de redes no interior dos serviços de saúde e a importância de atuarmos na perspectiva da linha de cuidado. Além disso, o estudo revela a necessidade de disseminação de uma gestão colegiada no sentido de proporcionar espaço para escuta e conversação para que os profissionais da saúde se sintam parte integrante do processo de cuidado, que atuem na perspectiva usuário-centrada e em busca de um projeto terapêutico singular.

Palavras - chave: Educação Permanente, Protocolos, Equipes de Saúde, Narrativa.

## **ABSTRACT**

This work of the paths and meetings used for the implementation of a Severe Sepsis Protocol in a University Hospital. The study is a qualitative approach using the self-referential narrative method. We used the assumptions of Continuing Education in Health as network activation method, where those involved are the actors of the health care staff of the department to study, they were asked to think about the collective elaboration of a Severe Sepsis Protocol. This narrative reveals this route a nurse who carries out construction in network (wheels networks) of a Severe Sepsis Protocol. It points out the possibilities and obstacles and collective constructions that have arisen in the course in order to subsidize health services for the construction of organized team for the production of health. The study results indicate for many learnings, network construction to highlighting within the health services and the importance we act from the perspective of care line. In addition, the study reveals the need for dissemination of a collegiate management in order to provide space for listening and speaking for that healthcare professionals feel part of the care process, act on user-centered perspective and looking for a project unique therapeutic.

Key - words: Continuing Education , Protocols, Health teams, Narrative.



## **SIGLAS**

APACHE - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

bpm - Batimento por Minuto

PICC - Cateter Central por Veia Periférica

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente em Saúde

HMD - Hospital Mãe de Deus

HSL - Hospital São Lucas

ILAS - Instituto Latino Americano de Sepsis

IHI - Institute for Healthcare Improvement

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NVEH - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PUC - Pontifícia Universidade Católica

PAM - Pressão Arterial Média

PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional

RS - Rio Grande do Sul

SOFA - Sequencial - Orgânica - Falência – Avaliação

SCI - Serviço do Controle de Infecção

SUS - Sistema Único de Saúde

SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

SIVEP – Gripe - Sistema de Informação de Vigilância da Gripe

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

TI - Tecnologia da Informação

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UNIJUÍ - Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNB - Universidade de Brasília

UCE – Unidade de Cuidados Especiais

## FIGURAS

<b>Figura 1- Apresentação do Projeto Nacional da Sepses.....</b>	<b>20</b>
<b>Figura 2 – Encontros .....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 3 – Folheto Educativo .....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 4 – Síntese dos Encontros .....</b>	<b>607</b>
<b>Figura 5 - Protocolo de Sepses Grave.....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 6- Imagem dos Bastidores.....</b>	<b>64</b>
<b>Figura 7 – Cartaz de Divulgação.....</b>	<b>566</b>
<b>Figura 8 - Síntese da Prática Educativa em Saúde .....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 9 - Pacote de Exames de Sepses Grave .....</b>	<b>60</b>
<b>Figura 10 - Rodas de Conversa da Emergência .....</b>	<b>63</b>
<b>Figura 11 - Protocolo de Diagnóstico e Tratamento Precoce de Sepses Grave .....</b>	<b>65</b>
<b>Figura 12 - Tela de Triagem do Sistema do HSL - PUCRS .....</b>	<b>67</b>
<b>Figura 13 - Carimbo Protocolo de Sepses .....</b>	<b>75</b>
<b>Figura 14 - Imagem de divulgação do Mês da Sepses.....</b>	<b>77</b>
<b>Figura 15 - Quiz da Sepses Grave.....</b>	<b>78</b>
<b>Figura 16 - Material de Bolso (frente) .....</b>	<b>79</b>
<b>Figura 17 - Material de Bolso (verso) .....</b>	<b>80</b>
<b>Figura 18 – Síntese dos Produtos Gerados para Instituição I.....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 19 - Síntese dos Produtos Gerados para Instituição II .....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 20 - Síntese dos Produtos Gerados para a Pesquisadora .....</b>	<b>84</b>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 O QUE BUSCAMOS NO PERCURSO – OS OBJETIVOS DO CAMINHO .....	14
1.2 AS PROVOCAÇÕES DO CAMINHO – O QUE ESPERAMOS NA CONSTRUÇÃO...	15
1.3 A RELEVÂNCIA DO TEMA PARA A SAÚDE E PROFISSIONAIS DA SAÚDE .....	15
<b>2 O CAMINHO CIENTÍFICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 CONTROLANDO A INFECÇÃO, SOBREVIVENDO A SEPSE GRAVE.....	17
2.2 PROTOCOLOS EM SERVIÇO DE SAÚDE.....	22
2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	26
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>32</b>
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO .....	35
<b>3.1.1 A Cidade de Porto Alegre .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.2 O Hospital São Lucas da PUCRS.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1.3 O Serviço de Controle de Infecção.....</b>	<b>37</b>
<b>4 O CAMINHO PERCORRIDO, PRODUÇÃO E OS ENCONTROS VIVIDOS.....</b>	<b>39</b>
4.1 ENCONTRO I: A NARRATIVA DOS BASTIDORES .....	40
4.3 ENCONTRO III – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	68
<b>5 NARRATIVA COMO CONTRIBUIÇÃO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE: A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>74</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES DA CAMINHADA.....	84
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>

## APRESENTAÇÃO

Foi no ano de 2003 que ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), em Ijuí, no Rio Grande do Sul (RS). O meu estágio final da graduação foi no Hospital Mãe de Deus (HMD), no setor da emergência. Neste período, o estágio durava dois meses, mas permaneci por mais dois meses, pois, pelo meu desempenho, fui convidada a permanecer esse tempo a mais. Assim, foram quatro meses de muito aprendizado e de estudo intenso. Essa experiência me oportunizou muitas possibilidades e crescimento, entre elas a possibilidade de fazer um Curso de Evidência em Emergência e Certificação de Passagem de Cateter Central por Veia Periférica (PICC).

Ao término da graduação, senti que precisava buscar mais conhecimento para atender as necessidades de cuidado dos pacientes, e foi preciso buscar na pós-graduação *Lato Sensu* minha evolução como enfermeira. Ingressei no curso de Enfermagem em Terapia Intensiva na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), que tem parceria com o HMD, local onde aconteciam as aulas teóricas e práticas.

As aulas transcorriam tranquilamente. O contato com novos saberes, com novos mestres, com outras realidades me aguçavam cada vez mais a novos desafios. No início do curso, recebi um convite para participar de um processo seletivo no HMD, para atuar na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto.

Quando iniciei minhas atividades como enfermeira assistencial, atuava em uma unidade muito complexa, com pacientes muito graves, e além destes, era necessário avaliar e orientar uma equipe de técnicos de enfermagem, ter contato e articular com a equipe multiprofissional; tamanha responsabilidade que não tinha percebido antes na minha graduação. Muitas informações novas, muitos desafios, e, somente depois de um tempo, consegui prestar uma assistência de enfermagem integral. Este percurso e os desafios vividos me impulsionaram a estudar mais e a buscar outros conhecimentos.

Pela rotina de trabalho busquei estudar sobre a terapia dialítica. Fiz o curso de Pós Graduação *Lato Sensu*, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Nefrologia. Nessa oportunidade percebi que minhas dúvidas e inquietudes estavam aumentando cada vez mais. Muitas reflexões surgiram: se eu estava prestando um cuidado adequado, com qualidade e seguro ao paciente, por exemplo. Isso fez com que eu buscasse mais e mais sobre este tema.

O tempo passou, e completei cinco anos como enfermeira assistencial de atuação na UTI Adulto, com muita satisfação, cuidando de pacientes críticos e complexos, desenvolvendo gestão e práticas educativas nos temas de acreditação hospitalar, segurança e qualidade do atendimento, rotinas de trabalho, cuidados com a pele e terapia renal substitutiva.

Com o meu envolvimento na área da assistência, fui convidada a supervisionar alguns estágios do curso de técnico de enfermagem, entre os anos de 2010 e 2011, surgiu a oportunidade de atuar como docente (professor convidado) no curso de Enfermagem em Terapia Intensiva e Urgências e Emergências da UNISINOS.

Com esse novo projeto profissional, o curso de Pós Graduação *Strictu Sensu* foi se tornando necessário para minha evolução enquanto docente. Foi com essa motivação que ingressei no Mestrado Profissional de Enfermagem, buscando me aventurar no mundo acadêmico.

Ao vivenciar a rotina da assistência de enfermagem em uma UTI Adulto, complexa como a que atuava, o meu tema inicial do projeto do Mestrado foi sobre os cuidados de enfermagem em diálise contínua, focado na linha de pesquisa do cuidado em Saúde. No decorrer das aulas e em Rodas de Conversa, vi que meu foco seria a educação.

Entretanto, novos desafios surgiram, e foi em julho de 2013 que fui convidada a participar de um projeto de implantação do Protocolo de Sepses Grave, para desenvolver, de forma inovadora, no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS), juntamente com o Serviço do Controle de Infecção (SCI). Essa decisão fez com que mudasse os rumos da minha vida profissional. Aventurei-me a este novo trabalho, motivador e desafiador. Aventurei-me a conhecer os pontos fracos e fortes desta instituição, conhecendo os processos e os atores que ali trabalham.

Assim, minha pesquisa de mestrado mudou de rumo e nasceu um novo projeto. Este estudo tem como foco a Sepses e Protocolos de Cuidado. Este Projeto, que é nacional, está sendo desenvolvido juntamente com Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI) do Sistema Único de Saúde (SUS), do Instituto Latino Americano de Sepses (ILAS), da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Educação (MEC), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Universidade de Brasília (UNB). O HSL – PUCRS foi convidado a participar desse Projeto Nacional da Sepses pelo MS, como os demais Hospitais públicos e cadastrados como Hospitais Universitários no MEC.

Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo conhecer a realidade de um serviço de saúde e analisar as potencialidades e fragilidades do serviço de saúde hospitalar. Além disso, como a equipe assistencial está preparada para identificar a Sepse Grave e como faz o tratamento, e tendo como objetivo maior implantar um Protocolo de Sepse Grave na instituição. Assim, trata-se de um estudo que aponta temas e questões de pesquisa, usando como referência o caminho da pesquisadora de vivenciar um novo desafio no trabalho em saúde, constituindo – se na narrativa auto-referente.

Esta narrativa tem a intenção de mostrar um caminho e, quem sabe, outros para também os que atuam no campo da educação e da saúde. Subsidio esta narrativa, buscando descrever a experiência da enfermagem na utilização de estratégias educacionais, especialmente no campo da Sepse e da construção com a equipe de saúde para implantar o Protocolo de Sepse Grave em um Hospital Universitário de grande porte de Porto Alegre, tendo como pano de fundo os pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS está presente na vida do profissional enfermeiro desde a sua formação, mas como isso é percebido e trabalhado, nas instituições hospitalares, é que faz diferença na rotina de um serviço. Trabalhei muito utilizando a EPS, mas desconhecia sua existência. A EPS pode ser trabalhada com a equipe multiprofissional, ou em pequenos grupos dividindo as profissões, como também deve haver uma EPS com o paciente e seus responsáveis.

Frente aos desafios que vivi na minha trajetória profissional, fazendo com que eu me aventurasse não apenas na rotina assistencial, mas também como educadora em serviço de saúde, trago os resultados deste estudo produzidos nos encontros vividos e experimentados durante a implantação de um Protocolo de Sepse Grave num Hospital Universitário de Porto Alegre.

## 1 INTRODUÇÃO

O Mestrado Profissional em Enfermagem surge no mundo acadêmico como uma das propostas de desenvolvimento da prática transformadora em Enfermagem, em nível local e regional, de modo a aperfeiçoar a qualidade do trabalho dos profissionais inseridos na sua rotina do serviço. Na área da saúde, vivencia-se um momento de modificações necessárias nas atuais práticas de atenção, gestão e educação, de modo a garantir uma atuação condizente com a complexidade dos problemas de saúde presentes na sociedade atual.

Enquanto o cotidiano dos serviços não é debatido nas universidades, observamos um olhar descontextualizado sobre o sistema de saúde como espaço também legítimo de produção de saberes e práticas inovadoras na construção da integralidade, modificando a interação ensino-trabalho e, dessa forma, evoluindo para um modelo produtivo e transformador. (GONZE, 2009).

Este estudo refere-se a vivência e rotina em um SCI, onde estamos implantando e adequando à realidade da instituição o Protocolo de Sepses Grave proposto pelo Projeto Nacional da Sepses do MS. Este é um novo desafio a ser vivido pela equipe de saúde, em que será preciso apreender a identificar os sinais desse agravo, incluir o usuário e prestar o atendimento adequado no enfrentamento da Sepses Grave, principalmente nas primeiras horas, dando o seguimento do atendimento adequado.

Neste sentido, “nasce” em mim a vontade de me aventurar no caminho da pós-graduação *Strictu Sensu* no sentido de buscar ferramentas para viver os desafios do mundo do trabalho. A linha de pesquisa Educação em Saúde, que orientará este estudo, trata-se de estudos relativos à formação dos profissionais de saúde e às ações educativas em saúde. A promoção da Educação em Saúde, abrangendo a formação profissional e a produção do conhecimento como estratégia fundamental para a transformação das práticas profissionais em saúde, aborda a EPS como modalidade pedagógica para a mudança das práticas profissionais. (PEREIRA, 2003).

Este estudo é uma dissertação de mestrado em que pretendo apresentar minhas descobertas como pesquisadora frente a um tema que tem sido muito importante no campo da saúde que é a Sepses Grave<sup>1</sup>. Este é um estudo autobiográfico, que parte do meu caminho como pesquisadora, cujo desafio é “narrar” as provocações vividas por uma enfermeira ao

---

<sup>1</sup> Sepses ocorre quando o paciente apresenta pelo menos dois sinais e sintomas da SIRS secundários a um processo infeccioso, mais disfunção orgânica e/ou hipoperfusão. (BONE, 1992).



desenvolver uma prática educativa para a implantação de um Protocolo de Sepses Grave num Hospital Universitário de grande porte tendo como pressupostos os da EPS.

Um estudo narrativo tem o desafio de apresentar os passos, caminhos e descobertas. O conceito de narrativa, segundo Jovchelovitch e Bauer (2002), é quando as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis implicações para isso e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Também podemos pensar a narrativa como meio de ampliar a consciência em relação a vínculos e práticas sociais, pois ela possibilita uma forma de (re)pensar essas relações, o que pode redirecionar a compreensão do mundo.

As estruturas das narrativas de textos autobiográficos expressam um embate entre lembrança e esquecimento, a partir do qual é construída a memória, segundo Kofes (2001). Paz (1998) refere que é preciso reconhecer que entre uma vida e uma obra – ou, no caso aqui em pauta, entre uma vida e uma narrativa escrita – existe uma sociedade. Neste sentido, embora tanto o indivíduo quanto sua narrativa possuam elementos irredutíveis uns aos outros, trata-se de realidades complementares somente inteligíveis dentro de uma história, ela mesma conformada também pelas narrativas.

Buscou-se nos pressupostos da EPS subsídio teórico para pensar uma ação educativa que partisse da necessidade do serviço de saúde que envolvesse toda a equipe nesta construção e para explicitar a construção de estratégias assistenciais integradas e articuladas para promoção e prevenção da Sepses Grave. Portanto, a escolha da EPS para aplicar, desenvolver, construir e ensinar o Protocolo de Sepses Grave foi a metodologia educativa escolhida neste percurso.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação. O ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde, sendo que os próprios trabalhadores têm dificuldades de reconhecerem esse ambiente com essa proposta de aprendizado. (SARRETA, 2009).

Ao utilizar rodas de conversa para propagar esses ensinamentos, reporto Machado (p. 111, 2010) que diz: “as rodas são movimentos de apaziguamento de agonias-de-pesquisa e confirmam a potência que temos quando em coletivos nos propomos a pensar em educação”. Lopes et al. (2007), afirmam que esta aproximação faz com que o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas.

Warschauer (2001), em seu livro *Rodas em Redes*, articula que o cotidiano é rico de oportunidades nascidas das experiências, das atividades individuais e coletivas, mas que nem sempre elas são significativas do ponto de vista da formação. EPS provoca a necessidade de

diálogo e conversação entre todos os atores envolvidos nos processos de cuidado em saúde. É preciso uma ação sobre elas, aproveitando o momento, convertendo-as em oportunidades formativas.

A EPS tem como proposta propiciar às pessoas que articulam a mudança de um conhecimento mais profundo sobre os processos, oportunidades de trocar experiências, de discutir e de construir coletivamente, pensando nesta estratégia que oportuniza um ambiente mais favorável, e que uma mudança concreta se constrói nos espaços de saúde com o envolvimento dos atores. (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Machado (2010) reforça o uso das Rodas, que, além de se apresentarem no campo da educação como metodologia pedagógica, também se expressam no campo da saúde como estratégias de gestão e gerenciamento que possibilitem mudanças na prática dos trabalhadores. A proposta que se coloca com este estudo é que, com os pressupostos da EPS, possa ser um desafio de transformação do caráter puramente pedagógico no aspecto educacional como ferramenta, para colocá-la como centro de uma proposta de mudanças de práticas cotidianas de trabalho no próprio espaço/cenário de trabalho.

A educação, quando pensada de forma isolada da práxis, pode provocar um distanciamento entre saberes e fazeres. (FREIRE, 2005). Provoca o que podemos nomear de serviços de saúde de baixa qualidade e resolutividade, ou que não correspondem com as efetivas necessidades dos usuários.

A Sepses Grave é uma injúria que vem sendo tratada mundialmente. Nessa perspectiva, o MS criou um Projeto Nacional da Sepses juntamente com o Hospital Israelita Albert Einstein, envolvendo e convidando outras instituições a participarem, preferencialmente, serviços que estão no âmbito do SUS e de preferência universitários. Atualmente é importante chamar atenção para este agravo que está acometendo muitos pacientes internados nas instituições hospitalares, com altos índices de óbito por Sepses Grave e Choque Séptico. (ILAS, 2014). Assim, este é um tema que deve estar presente na formação de estudantes da graduação de maneira mais incisiva.

Uma pesquisa realizada por Casserly et al. (2011) indica que os processos de melhorias no cuidado guiado por um Protocolo, como o tempo para a administração de fluídos, a inserção de acesso venoso central, administração de antibióticos e administração de vasopressor, como nos pacientes incluídos no Protocolo de Sepses Grave contra aqueles que não foram incluídos, apresentam melhora clínica e sobrevida considerável. A implantação de um programa de intervenção da Sepses Grave como um padrão de atendimento em um protocolo típico hospitalar leva melhorias nos processos de atendimento. Nesse sentido, 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).

O paciente com Sepses Grave precisará de um cuidado diferenciado da equipe de saúde, por meio da aplicação de conhecimentos específicos no momento da assistência direta, dispensando mais atenção, assim como intermediando uma variedade maior de saberes semiológicos, fisiopatológicos e a utilização do grande avanço tecnológico de equipamentos. Essa noção de cuidado é recorrente na literatura, concordando-se que a complexidade da assistência exige alta competência técnico-científica, pois a vida ou morte do paciente perpassa pela habilidade na tomada de decisões e adoção de condutas seguras. (INOUE; MATSUDA, 2010).

Diante do exposto, esse estudo será norteado pelo seguinte tema: narrar a construção no processo de implantação de um Protocolo de Sepses Grave em um Hospital Universitário de grande porte de Porto Alegre a partir da metodologia da EPS. Pensar processos educativos implica em estimular uma atitude reflexiva, criativa e inovadora de modo a promover no indivíduo oportunidades de crescimento, tanto profissional como pessoal. Estimular o indivíduo a pensar e transformar uma realidade provoca possibilidade de mudança nos atos e modos de estar no mundo e na vida. Desse modo, pensar práticas educativas nos processos de cuidado também provoca possibilidades de mudança nos modos de pensar a saúde e de cuidar.

A presente dissertação parte de uma observação, vivência e de descobertas sobre a minha própria experiência de implementar um Protocolo. A partir da narrativa, espero contar o percurso e todos os desafios vividos quando da implantação do Protocolo de Sepses Grave em um Hospital Universitário de grande porte. Conforme Abrahão (2006), a narrativa como fenômeno - o ato de narrar-se; como método de investigação – recolha e construção de fontes para pesquisa e, ainda, como processo de auto-formação e de intervenção – reflexão sobre as dimensões da formação, no que concerne à construção identitária de professores e formadores.

## 1.1 O QUE BUSCAMOS NO PERCURSO – OS OBJETIVOS DO CAMINHO

Construir, com a equipe de saúde de um Hospital Universitário de grande porte de Porto Alegre, caminhos para a implantação de um Protocolo de Sepses Grave a partir do pressuposto da EPS.

## 1.2 AS PROVOCAÇÕES DO CAMINHO – O QUE ESPERAMOS NA CONSTRUÇÃO

- a) Identificar as potencialidades e fragilidades dos serviços de apoio (farmácia, laboratório e informática) no processo de cuidado de um paciente com Sepsis Grave;
- b) Conhecer como são realizadas as intervenções da equipe de saúde frente às necessidades e complicações de um paciente com Sepsis Grave;
- c) Construir de modo coletivo a implantação e adequação do seguimento do fluxo do Protocolo de Sepsis Grave a partir de uma prática educativa.

## 1.3 A RELEVÂNCIA DO TEMA PARA A SAÚDE E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A EPS é um assunto novo para várias instituições hospitalares, inclusive instituições de Saúde de cunho Universitário, com a missão de formar recursos humanos. Os pressupostos da EPS acontecem diariamente, mas não são reconhecidos pela equipe como elementos de uma ação educativa. Sempre tão imersos na rotina, não nos damos conta de que as construções coletivas, debates, conversas que temos sobre a realidade do trabalho, são pressupostos preconizados da EPS. Silva (2013) diz que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde devem ocorrer de modo descentralizado englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização os espaços de trabalho.

Freire (2007) refere que a educação é o alicerce para que todo ser humano possa compreender o mundo à sua volta e transformá-lo, baseando-se em reflexão sobre seu ambiente concreto e tornando-se sujeito profissional, e conseqüentemente melhor conhecimento nos processos decisórios, capacidade técnica e mudanças nas práticas de cuidado. Para isso, se faz necessário, nas organizações de saúde, uma Política de Educação Permanente e Desenvolvimento, para que ocorra a valorização dos profissionais e que os indivíduos sejam estimulados ao autodesenvolvimento, que refletirá no alto desempenho profissional e conseqüentemente melhor autonomia e segurança nos processos decisórios, além da capacidade da técnica e qualidade nas práticas de cuidado. (SILVEIRA et al., 2011).

Segundo Peres, Leite e Gonçalves (2005), o exercício constitui ação sistematizada de capacitação e adaptação do indivíduo a uma situação específica, visa a aumentar o conhecimento teórico e prático, capacitando o indivíduo para executar o seu trabalho com eficiência. O desenvolvimento vai além da eficiência no trabalho e pressupõe a ampliação das

competências pessoais e profissionais que instrumentalizam o indivíduo para a transformação da realidade, já que EPS é de natureza participativa. (PEDUZZI et al., 2009).

Associado ao tema da Educação, também é importante refletir no tema do Cuidado em relação à Sepsis Grave. Assunção et al. (2010) e Santos et al. (2011) salientam que os profissionais da saúde não sabem reconhecer precocemente os sinais e sintomas da Sepsis Grave, sendo esse um dos motivos pelos quais o MS solicita a participação de hospitais Universitários nesse Projeto Nacional da Sepsis.

O estudo envolveu a equipe de saúde, promovendo maior entendimento sobre o tema Sepsis, o qual qualificou a prática assistencial, para com isso ter qualidade e segurança. Considero que a partir dos resultados, poderá contribuir para qualificação e eficiência nos atendimentos ao paciente com Sepsis Grave.

## 2 O CAMINHO CIENTÍFICO

### 2.1 CONTROLANDO A INFECÇÃO, SOBREVIVENDO A SEPSE GRAVE

A Sepsé é a principal causa de morte nas UTIs e está entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo. A mortalidade varia na maioria dos estudos entre 20% e 80%. O ILAS divulgou um relatório nacional, e os números são alarmantes, com uma mortalidade elevadíssima, sendo a Sepsé Grave 45,8% e Choque Séptico 72,5%. (ILAS, 2014).

A Sepsé é definida como uma síndrome clínica constituída por uma resposta inflamatória sistêmica associada a um foco infeccioso, segundo Levy et al. (2003). Também é caracterizada por manifestações múltiplas e pode determinar disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou mesmo a sua morte. Sepsé é o conjunto de reações, por vezes dramáticas e catastróficas, desenvolvidas pelo ser humano em resposta à invasão de microorganismos patogênicos. Pode se manifestar em aspectos distintos de gravidade. Caso não diagnosticado e tratado corretamente, pode agravar-se com o decorrer do tempo. Usualmente, o início do quadro clínico se manifesta com alterações inespecíficas e sutis dos sinais vitais. (WESTPHAL et al., 2010).

O diagnóstico de Sepsé é clínico, baseando-se nas alterações que constituem a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) associada a evidências de infecção. A denominação de SIRS foi criada para incluir tanto a Sepsé quanto as doenças semelhantes provenientes de causas não infecciosas. Consideram-se SIRS quando o paciente manifesta duas ou mais das seguintes condições: hipertermia ou hipotermia; taquicardia; taquipnéia ou PaCO<sub>2</sub> menor que 32 mmHg e contagem dos leucócitos sanguíneos maior que 12.000/mm<sup>3</sup> ou menor que 4.000/mm<sup>3</sup> ou mais de 10% de formas jovens. (DELLINGER et al., 2013).

As manifestações clínicas da Sepsé decorrem do processo infeccioso primário, do processo inflamatório subjacente e das disfunções orgânicas instaladas ou em instalação. Os sinais e sintomas decorrentes do insulto infeccioso primário dependem da localização do foco de infecção inicial. A Sepsé Grave será diagnosticada primeiro pela equipe de enfermagem, que, ao verificar os sinais vitais, perceberá as alterações dos mesmos. Os sinais vitais alterados servem de alerta para uma anamnese mais detalhada, além de indicarem se há disfunção orgânica. Os sintomas da Sepsé incluem, geralmente, alterações do estado de consciência, taquipnéia (hipoxemia/hipocapnia), febre, leucocitose, acidose metabólica (lática), intolerância periférica à glicose, oligúria, elevação da uréia e creatinina plasmáticas;

hipermetabolismo e desnutrição. A hipotensão sistêmica, defeitos microcirculatórios regionais, hipoxia tecidual e ativação da cascata inflamatória estão relacionadas às lesões de múltiplos órgãos que caracterizam a evolução clínica. (WESTPHAL et al., 2010).

Bone et al. (1992) complementam que a Sepse ocorre quando o paciente apresenta pelo menos dois sinais e sintomas da SIRS secundários a um processo infeccioso é considerado como Séptico. Há outras situações como trauma, pancreatite e grandes queimaduras que podem desencadear SIRS. No entanto, Sepse só é diagnosticada quando SIRS for secundária à infecção.

Sepse Grave é a evolução da doença manifestada quando o paciente Séptico desenvolve qualquer disfunção orgânica induzida, obrigatoriamente, pela própria Sepse. As principais disfunções orgânicas são: Cardiovascular - hipotensão arterial (Pressão arterial sistólica  $\leq 90$ mmHg ou pressão arterial média  $\leq 65$ mmHg); Respiratória - lesão pulmonar aguda levando à hipoxemia, com relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ; Renal - oligúria e/ou creatinina elevada, diurese  $< 0,5$  mL/kg/hora por pelo menos 2 horas, mesmo após ressuscitação volêmica ou creatinina  $> 2$  mg/d; Hepática - hiperbilirrubinemia direta, Bilirrubina total  $> 2$  mg/dL ou  $35$  mmol/L; Alterações da coagulação - INR  $> 1,5$  ou TTPa  $> 60$ s; Hematológica – plaquetopenia Plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$  ou queda de 50% ou mais nas últimas 72 horas; Sistema Nervoso Central - encefalopatia – alteração do estado mental, agitação psicomotora, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, delirium; Metabólica (hiperlactatemia) pH  $< 7,30$  ou excesso de base  $< -5$  mEq/L com lactato plasmático  $> 1,5$  vez o normal. (DELLINGER et al., 2013).

Choque Séptico é a situação em que o paciente com quadro de Sepse Grave desenvolve hipotensão arterial refratária à reposição volêmica, necessitando de drogas vasopressoras para estabilizar a pressão arterial. (DELLINGER et al., 2013). Nessa situação, o paciente necessitará estar em uma unidade de cuidados intensivos, precisa de monitorização contínua e um cuidado individualizado.

É importante que os profissionais de saúde considerem a hipótese de Sepse, e para tanto, os conceitos descritos precisam estar incorporados ao conhecimento técnico. Assunção et al. (2010) demonstraram que a capacidade de reconhecimento de Sepse Grave não é satisfatória, apenas 56,7 % dos médicos foram capazes de reconhecer o conceito de Sepse Grave, sendo que, aqueles com maior capacidade de reconhecimento eram intensivistas. No estudo de Peninck e Machado (2012), os enfermeiros da terapia intensiva apresentaram informações significativamente divergentes sobre o atendimento ao paciente com o

diagnóstico de Sepsis, as informações e o conhecimento não são uniformes para os trabalhadores na área da saúde.

A equipe de enfermagem, mesmo de uma área específica, tem dificuldade de realizar uma análise clínica completa do paciente e unir a teoria com a prática, pois a maioria se detém em atividades tecnicistas. Santos, Alves, Stabile (2012) avaliaram os alunos da graduação de enfermagem do último semestre, de uma Universidade do interior de São Paulo, os participantes relataram que possuem pouco conhecimento sobre a temática (58%) e que o curso de graduação forneceu pouca informação sobre Sepsis (65%); a pesquisa foi realizada com 77 estudantes.

Deve-se ressaltar que a Sepsis é uma síndrome que pode atingir pacientes de qualquer especialidade, desde pacientes oftalmológicos até pacientes cirúrgicos de grande porte. Isso caracteriza a Sepsis como uma doença de todos e pode ocorrer em qualquer unidade hospitalar, por isso a relevância da EPS nessa temática. Em todo o mundo, a Sepsis está associada à alta mortalidade, especificamente no Brasil ela é ainda mais elevada. (SILVA, 2004; BEALE et al., 2009).

Silva (2006) argumenta que a terapia do cuidado do Choque Séptico está dividindo em três pilares: 1) o suporte hemodinâmico, para estabilização da pressão arterial; 2) a antibioticoterapia e o controle do foco infeccioso; 3) a tentativa de interrupção da disfunção de múltiplos órgãos utilizando o Protocolo de Sepsis Grave. Peninck e Machado (2012) salientam a realização de 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 adequadamente, mas sempre tendo o raciocínio clínico e saber agir quando tiver exceções, sendo que cada caso é um caso, pois todo paciente tem suas particularidades, uns mais acentuados que outros.

Desde 2002, um comitê internacional, instituído por três sociedades médicas (*Society of Critical Care Medicine, European Society of Intensive Care Medicine and International Sepsis Forum*), vem desenvolvendo uma campanha em todo o mundo, denominada *Surviving Sepsis Campaign* (Campanha Sobrevivendo a Sepsis), no sentido de implementar, à beira-leito, um Protocolo de Sepsis Grave baseado nas melhores evidências científicas disponíveis. O comitê da Campanha recorreu em setembro de 2003 ao *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), no sentido de discutir o processo de implementação. O fruto dessa parceria foi a criação de pacotes (*bundles*) para o tratamento destes pacientes. (ILAS, 2014).

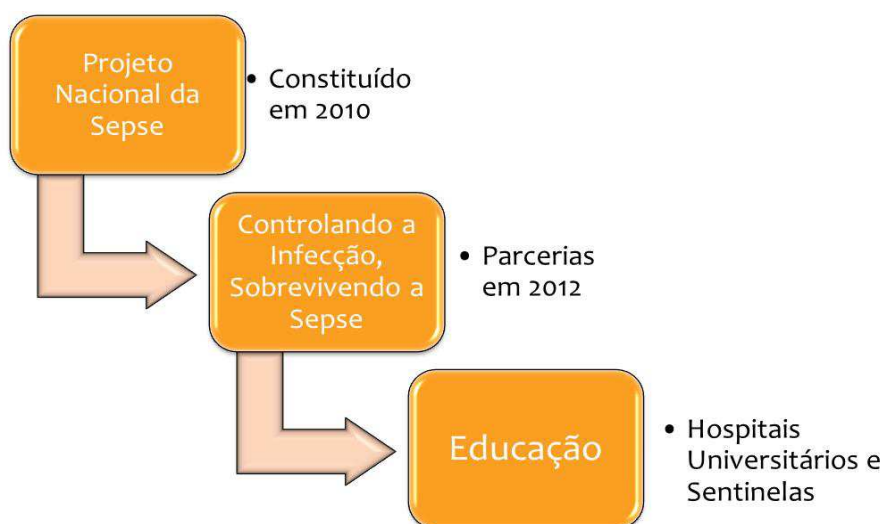
Em 2004, foi publicado o primeiro *Guideline na Critical Care Medicine and Intensive Care Medicine*. O manual para a realização da campanha em hospitais locais na América do



Norte foi publicado em janeiro de 2006. No Congresso *Society of Critical Care Medicine* teve uma reunião com representantes de 28 países para iniciar o desenvolvimento de uma edição atualizada das diretrizes da Campanha Sobrevivendo à Sepse, em 2008. (ILAS, 2014).

No Brasil, no ano de 2010, foi constituído o Projeto Nacional da Sepse, que tem como objeto implementar estratégias de reconhecida efetividade para a redução de incidência de infecção hospitalar e de mortes provocadas por Sepse Grave em hospitais universitários e outros certificados como de ensino participantes do projeto. O Projeto Nacional da Sepse iniciou efetivamente em 2012 e foi intitulado “Controlando a infecção. Sobrevivendo a Sepse”. O proposto é fruto da parceria entre a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein com os recursos do PROADI-SUS, ILAS, AMIB; ANVISA; MEC; OPAS e UNB. O ILAS é responsável pelo gerenciamento da coleta de dados. (ILAS, 2014).

Figura 1- Apresentação do Projeto Nacional da Sepse



Fonte: Elaborado pela autora, outubro de 2014.

O método proposto consiste na capacitação dos profissionais para implantação e implementação de medidas baseadas em evidências o diagnóstico e tratamento da Sepse nos estabelecimentos de saúde. Estes estabelecimentos de saúde - Hospitais Universitários ou de Ensino Certificados selecionados - representam todos os Estados do país e o Distrito Federal, sendo que, ao menos um hospital de cada Unidade da Federação deverá participar do Projeto Nacional. No caso de não haver Hospital de Ensino, participará deste Projeto Nacional um Hospital da Rede Sentinela. (ILAS, 2014).

O Projeto Nacional da Sepse do MS tem intenção de capacitar os profissionais dos hospitais envolvidos no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da Sepse Grave nos

pacientes internados nas unidades de urgência e de terapia intensiva, e depois disso se estender para todo o hospital. Capacitar os profissionais para implementar as intervenções preconizadas internacionalmente para o tratamento da Sepse Grave como Protocolo de tratamento nas primeiras 6 horas, nessa rede de hospitais, conforme o ILAS (2014).

A *Campanha Sobrevivendo a Sepse* desenvolveu pacotes revisados periodicamente pela equipe de especialistas em medicina intensiva que compõe o comitê dirigente da Campanha. “Pacote” é um termo que define um conjunto de intervenções relacionadas a uma única doença. Quando essas intervenções são executadas conjuntamente, produzem melhores resultados do que quando implantadas em separado. Cada elemento que compõe o pacote tem origem na melhor evidência científica disponível (medicina baseada em evidências). Portanto, com tal embasamento científico, a implementação desse conjunto de intervenções deve ser aceita como a melhor prática. (DELLINGER, 2008). Foram criados dois pacotes: a) de reanimação (nas primeiras 3 horas) e b) de manuseio (nas primeiras 6 horas), caracterizando assim Sepse Grave como uma doença tempo-dependente. O objetivo final dos pacotes é manter a equipe motivada a oferecer todos os cuidados preconizados sempre que indicados e procurar atingir 100% de aderência.

A precocidade no atendimento ao paciente séptico é fundamental para o sucesso no desfecho clínico. Assim como em outras doenças, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, trauma, a eficácia do tratamento da Sepse também depende do tempo, onde o tempo perdido são células mortas. Para isso é importante ter os conceitos sobre Sepse Grave e disfunções orgânicas sedimentadas para considerar a doença e iniciar precocemente a abordagem dessa população de pacientes graves.

O atendimento inicial de pacientes com Sepse Grave ou Choque Séptico começa a partir da suspeita clínica, medidas iniciais devem ser instituídas o mais rápido possível, buscando contemplar todas as recomendações dentro das primeiras 6 horas de atendimento. A sequência obedece à lógica de atendimento baseada em prioridades e nas intervenções diagnósticas/terapêuticas tempo-dependentes. (BRASIL, 2012).

A Campanha gerencia a implantação do Projeto Nacional da Sepse na Instituição hospitalar, como também ministra cursos de imersão e dá suporte as instituições participantes quando necessário. O ILAS elaborou um site<sup>2</sup>, para dar os passos e suporte necessário para o início da implantação, como *check list* implementação, aulas em *elarning*, cartazes, modelos de protocolos, manual do Projeto Nacional, roteiro de implantação, guia para o uso do

---

<sup>2</sup> <http://www.ilasonlinems.org.br>

*software* da coleta dos dados, algoritmos dos indicadores e diretrizes atualizadas, aulas e treinamentos.

O ILAS desenvolveu o banco de dados, no qual necessita do nome completo; a história sugestiva de um quadro infeccioso atual; se o paciente tem dois ou mais sinais e sintomas; se está presente no momento do diagnóstico uma disfunção orgânica, não aquela relacionada ao local da infecção e que não seja secundário a uma doença crônica, exceto infecção respiratória; data da primeira disfunção orgânica. Como também registrar se o paciente veio de outra instituição ou foi admitido no hospital já com Sepsis Grave; data da admissão hospitalar e na UTI; *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE) II e Sequencial - Orgânica - Falência - Avaliação (SOFA); se lactato foi coletado, e o valor do mesmo, contendo data e hora da coleta; da mesma forma a coleta de culturas; o antibiótico foi administrado até uma hora do início do diagnóstico e se é de largo espectro. Se o paciente apresentou hipotensão, foi administrado cristalóides, onde não obteve bom resultado foi iniciado vasopressor; paciente necessitou de ventilação mecânica invasiva; alta da UTI e desfecho clínico. (ILAS, 2014).

Atualmente, instituições de mais de 20 países já aderiram à Campanha Mundial. No Brasil, tem 97 hospitais cadastrados no ILAS, o processo é gerenciado pelo mesmo juntamente com a Sociedade do Hospital Israelita Albert Einstein. (ILAS, 2014).

## 2.2 PROTOCOLOS EM SERVIÇO DE SAÚDE

Protocolo é um plano detalhado e preciso para o estudo de um problema de saúde para um regime terapêutico. Apresenta uma linha geral de ideias e conceitos, como se buscasse o panorama conceitual, fornecendo poucas instruções sobre decisões clínicas específicas. (SOUZA; LEITE; KNIBEL, 2013).

Werneck, Faria e Campos (2009) relatam que os Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Norteados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas.

A área da saúde é a organização que mais se beneficia com a utilização de instrumentos como os Protocolos Assistenciais, focados nas padronizações de condutas clínicas e cirúrgicas em instituições hospitalares, clínicas e ambulatoriais. Em sua maioria, Protocolos clínicos estão baseados em evidência científica, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao tratamento administrado. A principal

função é dar uma direção no que deve ser feito, quanto ao cuidado do paciente em um determinado contexto clínico.

Por meio da Portaria GM/MS 816, de 31/05/2005, o MS constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, chegaram algumas definições, uma delas a necessidade de estabelecer processos permanentes de incorporação e revisão dos Protocolos Clínicos e Assistenciais e Tecnologias em Saúde. Na formulação desses protocolos deve se avaliar as bases de evidências científicas disponíveis, avaliando os benefícios e riscos para saúde dos usuários, o custo-efetividade e o impacto na organização dos serviços e na saúde da população. (BRASIL, 2005a).

As vantagens da utilização dos protocolos para a área da saúde é estabelecer um padrão assistencial baseado nas melhores evidências clínicas, otimizar os recursos assistenciais disponíveis, circunscrever a variabilidade das práticas nasocomiais, mensurar os resultados obtidos junto aos pacientes a partir das condutas do cuidado. Ao utilizar os protocolos assistenciais como ferramenta de melhoria da qualidade assistencial e segurança do serviço prestado. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os Protocolos apresentam restrições, por isso, embora alicerçado em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação.

Os protocolos assistenciais são tratados como recurso estratégico de abrangência sistêmica na regulação do acesso assistencial aos procedimentos de média e alta complexidade. (BRASIL, 2005a). Em 2002, foi realizada Avaliação da Implantação dos Processos de Regulação Assistencial, Avaliação e Controle no SUS, com o objetivo específico de mapear as principais necessidades para elaboração de Protocolos Assistenciais no âmbito do SUS, bem como formular diretrizes e orientações gerais que possam nortear políticas do MS no sentido de apoiar a sua implantação. (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Pacto pela Saúde buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, Protocolos e Instruções de trabalhos normatizados. (BRASIL, 2006). A OPAS, MS e OMS, juntamente com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criaram Protocolos assistenciais básicos, para serem disseminados nas instituições de saúde. Instituídos pela Portaria Ministerial nº 529 de 01/04/2013, têm como um dos seus objetivos específicos “IV - produzir, sistematizar e

difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde”. (BRASIL, 2013a. pag 02).

O MS, visando o alcance desse objetivo, publicou por intermédio da Portaria Ministerial n ° 1.377, de 9 de julho de 2013, os três primeiros Protocolos que tratam das temáticas “Cirurgia Segura”, “Prática de Higiene das mãos” e “Úlcera por Pressão”. Os documentos, construídos a partir de consenso técnico-científico, e considerando as sugestões recebidas por meio de consulta pública, visam contribuir para o desenvolvimento da gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde, e fazem parte das seis metas de segurança internacional. (BRASIL, 2013b).

Stein (2005) afirma que a qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços e aplicação dos recursos disponíveis, para obter os melhores índices possíveis de saúde dos usuários do sistema, ao mais baixo custo de recursos e com os mais baixos riscos e efeitos adversos sobre os indivíduos, as comunidades e o sistema. As diretrizes, como uma tecnologia da gestão da clínica, são recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidência científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas.

Instituições hospitalares utilizam as recomendações da Campanha de Sobrevivência à Sepsis para elaborar os seus “Protocolos de Diagnóstico e Tratamento Precoces de Sepsis Grave em Adultos”. O objetivo maior deste é diminuir a mortalidade associada a esta grave síndrome. A busca continua pela detecção de sinais de SIRS e de disfunções orgânicas durante a verificação rotineira dos sinais vitais, a qual implica no reconhecimento dos pacientes com risco de Sepsis. Neste contexto, a utilização de um instrumento como Protocolo, de guia de atendimento, facilita no reconhecimento e o que é necessário para realizar um atendimento completo e eficaz. (DELLINGER et al., 2013).

A terapia precoce para Sepsis Grave, guiada por metas proposta por Rivers et al. (2001), é um protocolo de ressuscitação hemodinâmica, que proporcionou clara redução na mortalidade de pacientes com a adoção de uma estratégia institucional multiprofissional focada na identificação antecipada de pacientes com risco de Sepsis, impedindo a evolução da síndrome para estágios mais graves, e resulta em diminuição do risco de morte associado a Sepsis Grave e ao Choque Séptico.

Koenig et al. (2010) concluíram que a implantação de um Protocolo para detecção e tratamento precoce de Sepsis Grave em pacientes hospitalizados é uma medida de baixo custo,

facilmente adotada e que pode ser altamente eficaz na redução do número de anos de vida perdidos, assim proporcionando benefícios substanciais para a sociedade. A estratégia de implantação do Protocolo de Sepses Grave foi desenhada com auxílio do IHI, que prevê a criação institucional de Protocolos gerenciados, onde coleta de indicadores assistenciais auxiliariam os profissionais a traçar políticas de atuação visando melhoria do processo assistencial. Nos últimos anos, evidências vêm se acumulando no sentido de mostrar a eficiência destes Protocolos na redução de mortalidade e/ou custos de diferentes doenças, incluindo Sepses Grave.

A Sepses é uma doença de alta morbimortalidade, cujo tratamento envolve altos custos, demanda um atendimento de excelência nas unidades de emergência e terapia intensiva. Enquanto o uso de terapias inovadoras, baseadas na genética ou biologia molecular, ainda não estão disponíveis, a Campanha Sobrevivendo à Sepses constitui-se uma importante diretriz para abordagem da Sepses, possibilitando a otimização de Protocolos de atendimento mais racionais e de alto impacto sobre esta doença. Um Protocolo para detecção e tratamento precoce em pacientes hospitalizados com Sepses é altamente custo-efetiva do ponto de vista social. (BOECHAT; BOECHA, 2010).

O estudo de Boechat e Boechat (2010) demonstrou que a abordagem da Sepses baseada em pacotes de intervenções foi capaz de reduzir a mortalidade em um hospital terciário no Brasil, produzindo mudanças na prática e na melhoria do desempenho, conforme revelado pelos indicadores da qualidade medidos. Há evidências crescentes de que os processos padronizados de assistência no tratamento da Sepses Grave e do Choque Séptico podem reduzir a mortalidade e, baseado nestes achados, devem ser rotineiramente empregados.

Como foi possível demonstrar, a redução da mortalidade com esta intervenção de custo relativamente baixo, é considerado que outras experiências com Protocolos gerenciados e equipes de trabalho ativas, dirigidos a áreas específicas tendem a ser bem sucedidas. Estas experiências devem participar do processo de planejamento das ações de assistência à saúde em nossas instituições, e apesar dos mesmos terem demonstrado algum conhecimento sobre o assunto, percebe-se a importância da busca por mais conhecimento através de EPS e a implantação de *bundles* da Sepses. É importante a implantação desses pacotes de ressuscitação volêmica em todas as unidades assistências, antes a preocupação era nas UTIs apenas.

Atualmente sabe-se da importância de iniciar a ressuscitação o mais precoce possível, sabendo que as UTIs estão sempre lotadas, a demora em conseguir leito, muitas vezes é elevada, com isso o atendimento deve começar nas unidades de internação. É necessária a colaboração de toda a equipe, partindo do enfermeiro a proposta desta implantação, tendo ele

conhecimento para função, garantido uma melhor qualidade de assistência e contribuindo para redução de mortalidade decorrente da Sepsé. (ALMEIDA et al., 2013).

O enfermeiro, como profissional e líder da equipe de enfermagem, deve ter um conhecimento vasto sobre Sepsé, a fim de tomar decisões e implementar ações em tempo hábil para a recuperação do paciente. O enfermeiro precisa garantir ao usuário um cuidado digno e responsável, visto que um baixo índice de Sepsé hospitalar pode ser indicador da qualidade do atendimento prestado. (SIQUEIRA et al., 2010).

### 2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A EPS é um conceito de processo educativo promovido pela OPAS desde 1984, por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994; ROVERE, 1993). Considerando o enfoque dado pela OPAS ao Processo de EPS Rovere (1993) o considera como uma síntese operativa da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Para Haddad, Roschke e Davini (1990), a EPS também busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual, privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas legítimos. As implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, sendo este um dos objetivos essenciais no ato educativo.

A Educação Permanente (EP) é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Neste contexto, a OPAS iniciou um conjunto de pesquisas na década de 70 para compreender a lógica prevalente na formação e desenvolvimento profissional e institucional dos trabalhadores da saúde, além de propor estratégias para aproximar o ensino no campo da saúde à realidade dos serviços. (LOPES et al., 2007). Os profissionais da saúde se afastam do ensino quando concluem a graduação, focam-se na prática assistencial, muitos desses profissionais buscam o ensino fora das instituições, se tornando especialistas, e ainda assim apresentam dificuldades de compreender o básico que ocorre na sua unidade de trabalho. (JESUS et al., 2013).

A EPS surge a partir de uma constatação da OPAS de que havia uma estreita relação entre o planejamento das ações em saúde e o planejamento de recursos humanos da saúde, e também para atender a demanda de readequação da formação de profissionais da saúde, até

então desvinculada da realidade do serviço e à margem das discussões e problemas sociais. Isso ocorre porque a EPS considera que a observação dos problemas do dia a dia, como a atividade do trabalhador, pode ser o ponto de partida de seu saber real e, dessa maneira, sua aprendizagem subsequente, uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e a busca de solução para os problemas encontrados. (LOPES et al., 2007).

O objetivo principal da EPS é a transformação das práticas das equipes de saúde, utilizando-se da problematização coletiva do cotidiano do trabalhador em equipe na saúde como ponto de partida para direcionar o aprendizado. Já a educação tradicional, na formação dos profissionais de saúde, tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos técnicos e é operada de forma descendente. (LOPES et al., 2007). Nos serviços de saúde, os processos educativos visam o desenvolvimento dos trabalhadores e representam uma série de atividades genericamente denominada de capacitações, treinamentos ou cursos. Essas atividades envolvem desde capacitação emergencial, pontual, até processos de formação mais estruturados e contínuos. (FARAH, 2006).

Antes mesmo da EPS ser adotada como política pública, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) já havia identificado incoerência entre os processos formativos e necessidades no campo do trabalho em saúde. O modelo pedagógico hegemônico de educação para a formação dos profissionais de saúde é denominado como “tradicional” ou “bancário”, é centrado na relação isolada professor-aluno, sem a interação social com o ambiente.

Essa relação se dá de maneira descendente, na qual o professor detém todo o conhecimento. Cabe a ele transmitir todo o conhecimento, de forma em que o aluno receba a informação e que seja repetida sistematicamente em sua vida profissional, e a unidade de relação pedagógica é o indivíduo, com isso não estimulando a estrutura da equipe de trabalho. (LOPES et al., 2007).

Silva (2003) aponta que os processos educativos e a formação em saúde têm apenas como linha mestra a aquisição de conteúdos biologicistas, com verdadeira serialização de seus pares, ensinando e doutrinando para a execução da técnica e o desenvolvimento das práticas que viabilizam a cura sem o cuidado. De certa forma, é realizado o tratamento da doença, o paciente não é visto como um corpo sem órgãos, como um ser humano, e sim como uma patologia em determinado órgão. Esta é tratada com medicações, realizado exames para avaliar os resultados das ações das medicações, e quem avalia as ações do cuidado administrado ao paciente e não somente a patologia é o enfermeiro.



Quando se pretende reverter à situação prevalente é necessário chegar à essência das questões, percorrendo os desvios necessários para abstrair a realidade e compreender os fenômenos e sua totalidade concreta. Assim, para construir uma proposta metodológica alternativa para o desenvolvimento de processos educativos nos serviços de saúde, torna-se importante enfocar previamente, como questões principais, o processo de produção de serviços de saúde, seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos. (SARRETA, 2009).

A EPS baseia-se na aprendizagem expressiva e desenvolve-se a partir de problemas diários que ocorrem no lócus de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe. (BRASIL, 2004a). A formação prévia dos trabalhadores em saúde é bastante heterogênea. Os profissionais preparados em nível superior, ao serem absorvidos pelos serviços, se deparam com a realidade e, com perplexidade, verificam que não possuem os instrumentos e os conhecimentos necessários para atuar criticamente. (SOUZA et al., 1991).

Ceccim e Ferla (2008) consideram que a EPS não expressa uma opção didático-pedagógica, e sim uma opção político-pedagógica e se configura, ao mesmo tempo, uma prática de ensino-aprendizagem, como uma Política de Educação na Saúde. A partir desse desafio político-pedagógico, a EPS foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no CNS como política específica no interesse do Sistema de Saúde Nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS nº 353/2003 e da Portaria MS/GM nº 198/2004. (BRASIL, 2004b). A EPS tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. Como prática de ensino aprendizagem, se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos valores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. (CARNEIRO; BRANT, 2013).

A EPS é realizada no âmbito do trabalho e destina-se a refletir sobre esse processo considerando as necessidades de saúde dos usuários/população. É reconhecida como trabalho que articula a atenção à saúde, à formação, à gestão e ao controle social para a transformação das práticas de saúde e das organizações no trabalho. (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Portanto, ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente da aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão. Esta aproximação faz com que o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas. A portaria GM/MS nº

198/2004 define EPS como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL, 2007).

Ceccim e Ferla (2006) afirmam que a EPS se apoia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais). Ou seja, ensino-aprendizagem a partir de questionamentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende.

Para Silva e Peduzzi (2011), a problematização das práticas de saúde no trabalho possibilita a compreensão e busca de conexões no processo de trabalho, cuja compreensão crescente tende a se tornar reflexiva. Para Feuerwerker (2005), o engajamento dos trabalhadores na ação de repensar as práticas e atuar positivamente mediante o diálogo é estimulado ao reconhecer seus conhecimentos prévios, aspectos fundamentais à EPS.

Na perspectiva de Freire (2005), a educação constitui um processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido. A postura crítico reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise dos problemas. A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, no qual o educando participa e se compromete com o seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade. (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Para Farah (2003), a educação é um processo permanente que busca alternativas para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades; portanto, ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Freire (2007) faz, primeiramente, uma reflexão sobre o próprio homem. O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e como pode fazer esta autorreflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Para Freire, esta é a raiz da educação, que se apoia no que ele denomina de inacabamento ou inconclusão do homem, e ao se tratar do conceito de

educação, coloca, ainda, que não existe saber ou ignorância, conforme o contexto, o assunto, a realidade em que se está inserido os sujeitos. (FREIRE, 2007).

Gadotti (1987) afirma que na educação não há somente um raciocínio que se interroga, há um ato de produzir, e complementa: a educação é antes de qualquer coisa é ação, práxis e decisão. Assim falar “sobre” a educação sem esse pressuposto é trair a própria natureza da educação. Para compreendermos EPS se faz necessário compreendermos além do conceito de educação e EPS propriamente ditos.

Ceccim (2005) afirma que, para alguns educadores, a EPS se constitui num desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens Adultos, orientando-se pelos princípios de Paulo Freire, precursor da noção de aprendizagem significativa, uma das bases na qual se assenta a EPS. Ainda, diz que EPS se designa como uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano de trabalho – ou da formulação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A EPS pode corresponder à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos, visando mudanças institucionais ou da orientação política das ações de determinado local. Corresponde a Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por tempo de serviço em tempo e lugar específico. Corresponde também à Educação Formal dos Profissionais, quando aliada a projetos integrados entre o setor de trabalho com o mundo do trabalho e o mundo do ensino. Além disso, destaca também que não basta metodologia de aprendizagem ensino-serviço se não considerar: a realidade flexível e mutante das ações e serviços de saúde; a ligação entre formação e composição de perfis profissionais; a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional e de práticas pedagógicas e institucionais que propiciem processos de problematização e experimentação. As vivências vão ensinando o educador, a saber, qual é a melhor maneira de reter a atenção dos profissionais no ambiente do trabalho, onde temos familiares solicitantes, pacientes e alarmes. (CECCIM, 2005).

Paschoal, Mantovani e Méier (2007), se referem a “Educação Permanente”, “Educação Continuada” e “Educação em Serviço” como processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, ainda que se fundamentasse em princípios metodológicos diferentes. No entanto, entende-se que a EP é mais ampla, por fundamentar-se na formação do sujeito, enquanto a Educação Continuada e a em Serviço estão contidas na Permanente.

Nesse contexto, Ceccim (2005), na réplica que fez ao texto *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* afirma que o tema da EPS coloca um corte na didática geral, mas não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento, não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes, não é uma metodologia pedagógica que se esgota a demonstração pelo aluno da aquisição de informação ou habilidade; é a forma como ela é transmitida. EPS é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.

Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004) conceituam EPS como processo educativo que parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove os sentidos) e propõe que as transformações das práticas profissionais devam estar baseadas na reflexão crítica sobre práxis do profissional em ação no seu local de trabalho. Logo, os processos de qualificação das equipes de saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais, tomando como referência as necessidades de saúde, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Para que a EPS possa efetivamente acontecer, o trabalho dentro das instituições não deve partir de um organograma de funções hierárquicas na organização e produção dos serviços. Para o convite à mudança é necessário, porém, provocar incômodo, criando momentos em que os atores consigam refletir sobre suas limitações, insuficiências e problemas com seu trabalho cotidiano. No entanto, não basta somente o desconforto, é preciso também dar elementos para a construção de alternativas. A mudança deve propiciar espaços mais democráticos e coletivos de discussão e de construção, buscando coerência entre a metodologia da construção da mudança e o próprio conteúdo da proposta. (CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2003).

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo, é apresentada a metodologia utilizada nesta pesquisa. Minayo (2010) conceitua metodologia como um caminho que pertence ao pensamento e a prática desenvolvida na realidade abordada. Enquanto for um conjunto de técnicas, esta deverá, segundo a autora, apresentar instrumentos claros, bem elaborados e concisos, capazes de nortear os impasses teóricos para o grande desafio, que é a prática.

Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa se conforma melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. A abordagem qualitativa faculta a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Esse método se caracteriza pela sistematização gradual do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do objeto em estudo.

Esse método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação. (MINAYO, 2010). A abordagem qualitativa também se caracteriza pelo estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas ou ator social e fenômenos da realidade. O principal fundamento consiste na crença de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real, objetivo, concreto e o sujeito, entre a objetividade e subjetividade. (OLIVEIRA, 2007).

A metodologia de pesquisa qualitativa aprofunda a busca do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Esses elementos são importantes para a compreensão da prática social do homem na sociedade. Os princípios de especificidade histórica e de totalidade possibilitam ao pesquisador qualitativo, do ponto de vista metodológico, apreender e analisar os acontecimentos, as relações e os estágios de um processo como parte de um todo. (MINAYO, 2010). Isso motiva uma relação íntima entre o pesquisador e o que é estudado, e entre as limitações situacionais que influenciam a investigação. (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Nesta perspectiva, será um estudo de caráter qualitativo, narrativo e autorreferente, que tem como nascente as vivências e experiências da pesquisadora no ato de construir com a equipe de saúde de um Hospital Universitário de grande porte de Porto Alegre caminhos a métodos para a implantação de um Protocolo de Sepse Grave a partir do pressuposto da EPS, bem como as mudanças vividas pela pesquisadora quando do desafio de transitar entre a vida

assistencial de enfermeira para a uma vida de apoio e de prática educativa na saúde. O percurso narrativo compreende o período de Julho de 2013 a Março de 2015.

Segundo Souza (2008), o relato se refere a uma narração fiel da vida do indivíduo, conforme a pessoa conta, enquanto que a história de vida ultrapassa os limites da narrativa, tornando-se um estudo de caso acerca da vida e da obra de uma pessoa, ou grupo de pessoas, seja pela via de relatos ou de qualquer outro tipo de informações e/ou documentações que permitam o enriquecimento de pesquisa em questão. Só assim, analisando o percurso, no sentido de desvendar o profissional que nos habita, e que desejamos ser, é possível conhecer a própria historicidade e dar sentido às experiências vividas, ressignificando conhecimentos e aprendizagens experienciais.

Através da abordagem autobiográfica, o sujeito produz um conhecimento sobre si, sobre os outros e o cotidiano, revelando-se através da subjetividade, da singularidade, das experiências e dos saberes. A centralidade do sujeito no processo de pesquisa e formação sublinha a importância da abordagem compreensiva e das apropriações da experiência vivida, das relações entre subjetividade e narrativa como princípios, que concede ao sujeito o papel de ator e autor de sua própria história. (SOUZA, 2008).

A escrita da narrativa abre espaços e oportuniza o processo de formação, falar-ouvir e ler-escrever sobre suas experiências formadoras, descortinar possibilidades sobre a formação através do vivido. A construção da narração inscreve-se na subjetividade e estrutura-se num tempo, que não é linear, mas num tempo da consciência de si, das representações que o sujeito constrói de si mesmo. (SOUZA, 2008).

Essa metodologia possibilita abrir novos mundos e reconhecer novas técnicas, ainda pouco trabalhadas no meio acadêmico da área da saúde, o que tem despertado tamanha curiosidade e vontade de aprender o novo a cada dia, a cada momento, a fim de contribuir com a formação profissional, dando um maior sentido para a utilização das diferentes técnicas. O que somos depende da história que contamos a nosso respeito. (LARROSA, 1994). Valoriza, assim, a experiência subjetiva e singular do sujeito que produz sua história. O que acontece como experiência só pode ser interpretada, narrativamente. (LARROSA, 2004).

De alguma forma, narramos fatos, feitos, fenômenos. Narramos experiências, sentimentos, outras pessoas e nos narramos. Vale dizer que os textos científicos também se constituem, de forma elaborada, coesa e parametrizada, em narrativas: narram descobertas, compreensões, interpretações, recomendações. Portanto, narrar é dimensão fundamental de

comunicação humana e de atribuição de significado ao mundo. (WITTIZORECKI et al., 2006).

A construção da narrativa na formação emprega o recurso de recordações-referências para compreender como nos formamos por meio de um conjunto de experiências ao longo da vida, ou seja, propõe a "narração de si mesmo" a partir de questionamentos sobre o que é minha formação e como me formei. Para Josso (2004), uma experiência vivenciada torna-se formadora quando considera as aprendizagens passadas que simbolizam as atitudes, os pensamentos, o saber-fazer e os sentimentos do presente, sob a ótica de um processo de "caminhar para si": o processo de caminhar para si apresenta-se, assim, como um projeto a ser construído no decorrer de uma vida, cuja atualização consciente passa, em primeiro lugar, pelo projeto de conhecimento daquilo que somos, pensamos, fazemos, valorizamos e desejamos na nossa relação conosco, com os outros e com o ambiente humano e natural. (JOSSO, 2004).

Campos e Furtado (2008) situam a origem da narrativa na Poética de Aristóteles e nos ligaria ao ser e não ser do tempo de Santo Agostinho (354–430 d.C.). Para esse autor, a narrativa seria uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso. Ela liga a explicação à compreensão, supera a distância entre compreender e explicar.

A narrativa utilizada nessa pesquisa é minha interpretação, não traduz a fala das pessoas, não interpreta o que o outro diz. Essa narrativa inclui vários episódios que, geralmente, são colocados numa sequência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo. A pessoa, geralmente, está contando um acontecimento longo e vai trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados, o que enriquece a história, ao mesmo tempo em que pode afastar o enredo e “confundir” a análise.

Narrativa acontece a partir do movimento de Rodas. Machado (2010) diz que utilizar Roda de Conversas tem como proposta explorar a informalidade do encontro, deixar rolar a conversa descontraída, uma conversa coletiva onde a potência da fala deve ser o mais explorado e valorizado.

Nessa pesquisa, as Rodas aconteceram das mais variáveis formas, até quadradas em uma sala de aula, nos corredores do Hospital de forma informal, como também de configuração formal agendada previamente. As Rodas de Conversa aconteceram com os técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, integrantes da residência multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos), com os chefes de serviço.

A narrativa está sendo contada por mim, a partir do encontro produzido nas rodas. Esta pesquisa traz uma narrativa da própria autora, dessa forma não houve necessidade deste trabalho ser submetido ao comitê de ética. As narrativas não são apenas o produto de uma experiência individual, mas são construídas dialogicamente, utilizando-se de formas culturais populares para descrever experiências compartilhadas por membros de uma família, de um grupo ou de uma comunidade. (SILVA; TRENTINI, 2002).

Reforçando esta ideia de que a narrativa oportuniza processos de subjetividade. Mattos (2010) diz que o discurso narrativo emerge como uma forma de dar coerência a uma vida concebida e vivenciada como fragmentada. Essa consideração leva a concluir que o próprio discurso que busca dar inteligibilidade a uma experiência individual é, ele mesmo, produto da sociedade moderna. Sendo o real, por definição, descontínuo, formado por elementos únicos, que surgem desordenados e sem nenhum propósito, as narrativas biográficas não poderiam ser senão o resultado da seleção de acontecimentos biográficos distintos, com valores sociais distintos. As narrativas são estudadas como método e fonte de investigação, como dispositivo de formação e procedimento de intervenção e de acompanhamento. (PASSEGGI; BARBOSA, 2008).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, dispõe sobre o conjunto de ações realizadas pelos serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Com o objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. Com base em transparência e responsabilidade, adotando-se como regra geral protocolos clínicos e padronização de insumos, que resultem na qualificação da assistência prestada e otimização do custo-benefício dos procedimentos, devem ser disponibilizados. (BRASIL, 2010).

### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A seguir é apresentada uma breve descrição da Cidade, do Hospital e do Serviço de Controle de Infecção.

#### 3.1.1 A Cidade de Porto Alegre



Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul. Pertence à mesorregião Metropolitana de Porto Alegre e à microrregião de Porto Alegre. Está localizada junto ao Guaíba, no extremo sul do país, a 2111 km de Brasília. (PORTO ALEGRE, 2014).

Porto Alegre conta com Atenção Primária a Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial e Hospitais. O Programa de Saúde da Família iniciou em 1996. A capital contempla uma rede de atenção especializada: Centro de Saúde Santa Marta, Casa Harmonia, Centro de Atenção Saúde Mental, Pensão Pública Protegida Nova Vida, Centro de Saúde Modelo, Casa de Apoio Viva Maria, Centro de Saúde Navegantes, Centro de Saúde Bom Jesus e Centro de Saúde Vila dos Comerciários, entre outras. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2014).

A referida cidade possui uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e integra a Gerência de Regulação de Serviços de Saúde Públicos, da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. A criação deste serviço obedece a uma diretriz do MS, segundo a qual o Gestor Público deve adequar os recursos existentes às necessidades de saúde local e tem como objetivo geral a administração centralizada do fluxo de internações hospitalares do SUS do Município de Porto Alegre. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2014).

Na área da urgência/emergência, o serviço de saúde municipal conta com a Rede Municipal Cruzeiro do Sul, Bom Jesus, Lomba do Pinheiro, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital de Pronto Socorro. Também disponibiliza redes conveniadas, tais como: Hospital Cristo Redentor, Hospital da Criança Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmeina, Hospital Independência (atende apenas casos de emergência pelo SUS somente na especialidade de traumatologia), Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Parque Belém, Hospital São Lucas da PUC, Instituto de Cardiologia e o Complexo Santa Casa. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2014).

### **3.1.2 O Hospital São Lucas da PUCRS**

O HSL da PUCRS é um hospital geral, de natureza filantrópica, que assiste a pacientes adultos e pediátricos, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas. Na área de ensino, situa-se como campo de estágio curricular, envolvendo, anualmente, mais de 800 alunos dos cursos de graduação, pós-graduação e profissionalizantes. Também são desenvolvidos projetos de pesquisa básica e clínica, em articulação com as faculdades da área

das ciências da saúde, com o Instituto de Pesquisas Biomédicas e o Instituto de Geriatria e Gerontologia, totalizando 182 projetos ao ano. Circulam nas suas dependências 18 mil pessoas por dia. (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, 2013).

A instituição hospitalar ocupa uma área construída de 49 mil metros quadrados. Sua capacidade abrange 661 leitos, sendo 508 de internação, 49 de cuidados intermediários e 104 de terapia intensiva. As unidades estão apoiadas por um moderno Centro de Diagnóstico por Imagem, que proporciona maior agilidade e segurança no atendimento e na condução do tratamento. O Centro Cirúrgico, de amplo porte, atende a demandas das especialidades cirúrgicas em nível de assistência a pacientes internados e ambulatoriais. (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, 2013).

O quadro profissional é composto por 2,6 mil funcionários contratados. Interligado ao Hospital, funciona seu Centro Clínico, que abriga 80 clínicas e 68 especialidades médicas. (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, 2013).

O SCI está distribuído no organograma da Instituição como parte de um Serviço, como também um órgão Supervisor. SCI dá apoio para as áreas da assistência, ensino e pesquisa em saúde no ambiente hospitalar.

### **3.1.3 O Serviço de Controle de Infecção**

O SCI, Infectologia e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), no qual eu estou inserida, fica localizado no nono andar. É composto por dois médicos - um deles é o gestor e o outro é responsável pela otimização e liberação da administração de antibióticos no HSL da PUCRS -, cinco enfermeiras, incluindo a pesquisadora, uma farmacêutica, duas secretárias - uma especificamente responsável pelo SCI - três médicos residentes da infectologia. O setor tem três salas: primeiramente a recepção, um banheiro, depois a sala do SCI e também a sala da Infectologia, onde ocorrem reuniões, discussões de caso e artigos, onde são ministradas aulas para a turma de medicina todas as terças-feiras de manhã e os *rounds*.

As enfermeiras se dividem por área: pediatria, bloco cirúrgico, sala de recuperação SUS e convênios, UTI da sala de recuperação, Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca, 8º e 9º andar, UTI Geral Adulto, UTI Coronariana, Emergência, e 7º andar. A hemodiálise ficou sob a responsabilidade da farmacêutica. Minha responsabilidade é monitorar a Unidade da

Emergência, a Sepses Grave e Choque Séptico em todas as unidades Adulto do HSL da PUCRS.

Como juntamente com o SCI tem o NVEH, tem uma enfermeira que ficou especificamente com esse serviço e o Controle de Infecções do 6º andar. A minha inserção nesse serviço fez com que eu percebesse a importância das notificações e a comunicação à vigilância epidemiológica de Porto Alegre. Esses dados fazem com que ocorram ações preventivas, como também ter conhecimento da epidemiologia das doenças mais prevalentes e a incidência das mesmas na cidade de Porto Alegre, como um panorama geral estadual e nacional.

A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. A vigilância é hoje uma ferramenta metodológica importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. (BRASIL, 1990).

#### 4 O CAMINHO PERCORRIDO, PRODUÇÃO E OS ENCONTROS VIVIDOS

Neste capítulo, busco por meio da narrativa apresentar os caminhos e percursos de uma enfermeira-pesquisadora. O texto está organizado em três sessões, que “narram” o caminho percorrido quando da implantação de um Protocolo de Sepses Grave. A primeira sessão é *A Narrativa dos Bastidores*: os preparativos para entrar em cena, os percursos da Enfermeira, as Rodas, encontros e as descobertas, onde revela os encontros vividos que busca compartilhar os modos, maneiras, implicações, disposições, fragilidades e potencialidades, quando ousamos propor uma atividade de formação em serviço que seja experimentada de modo coletivo.

O segundo encontro é *A Narrativa da Prática Educativa*: como foram os momentos, as Rodas, os encontros e as intervenções, partindo do pressuposto da EPS, em que as intervenções realizadas no decorrer da implementação e implantação do Protocolo serão ajustadas de acordo com a equipe assistencial que trabalha na instituição.

O terceiro encontro é *A Narrativa como contribuição para o serviço de saúde*: o que permanecerá para a instituição e o que permanentemente deverá ser reforçado pelas equipes assistenciais.

Figura 2 - Encontros



Fonte: Elaborado pela autora, setembro de 2014.

#### 4.1 ENCONTRO I: A NARRATIVA DOS BASTIDORES

A Narrativa dos Bastidores ocorre nas situações onde a pesquisadora está se inserindo, fazendo descobertas e articulações, para, com isso, poder implantar o novo Protocolo de Sepsis Grave. Um dos bastidores será a sala do setor onde está alocada no SCI. Momentos de tomadas de decisões preliminares, ideias compartilhadas com a equipe interna do setor, com pessoas externas da Instituição, as quais já têm vivências com a utilização do Protocolo de Sepsis Grave.

Para dar início, foi importante participar de um curso Introdutório de Enfermagem, que todos os funcionários da enfermagem que são admitidos devem realizar. Foi uma semana de “treinamentos” sobre as rotinas assistenciais básicas da instituição. Nesta oportunidade pude conhecer o Protocolo de Sepsis já existente na instituição.

Uma semana de muita ansiedade, medos, angústias e motivação. Aflição por querer começar a nova função como enfermeira de apoio, pesquisadora, educadora e intervencionista. Nesta nova rotina, foram momentos iniciais, foram para conhecer o serviço, a equipe, e pensar no grande desafio que tínhamos pela frente. Nessa ocasião, percebi a finalidade da contratação de uma enfermeira responsável para implementar esse Projeto Nacional, quais as atividades que deveriam ser desenvolvidas, qual o objetivo para os pacientes e instituições.

O trabalho era novo, e o primeiro desafio foi estudar detalhadamente sobre o agravo “Sepsis”, apurar sobre o *Projeto Controlando a Infecção, Sobrevivendo à Sepsis* do MS. A implantação de um Protocolo de Sepsis Grave requer trilhar muitos caminhos. Aos poucos fui percebendo e compreendendo a complexidade, e traçando as atividades para esta nova função. Primeiro a reestruturação e atualização do Protocolo já existente para ficar de acordo com as diretrizes da Campanha Mundial Sobrevivendo a Sepsis.

Na sequência, a implementação de uma prática educativa para toda a equipe assistencial, realizar campanha anual na instituição para todos os profissionais terem conhecimento desse agravo à saúde, realizar coleta de dados, montar tabelas no programa *Excel*, construir gráficos e disponibilizar isso nas unidades envolvidas. Como já foi dito, o objetivo maior desse trabalho que está acontecendo nacionalmente é reduzir a mortalidade, os custos e garantir segurança e qualidade no atendimento prestado ao paciente. Para atingir esses objetivos, foi necessário propor um método educativo que de fato pudesse envolver todas as instâncias do hospital e todos os atores que participam deste processo. (ILAS, 2014).

Na busca por informações, o contato com o ILAS foi fundamental. O ILAS<sup>3</sup> é o órgão que está compilando os dados de todos os hospitais que estão participando do Projeto Nacional junto ao MS, para diminuir a taxa de mortalidade de pacientes com Sepses. Neste início de trajetória foi preciso construir uma relação com o gestor médico e a médica responsável pelo controle dos antibióticos, inicialmente para conhecer a instituição, as condições de trabalho e rotinas institucionais, e ao mesmo tempo criar estratégias para facilitar a implantação e adequação do Protocolo de Sepses Grave em relação às diretrizes da *Campanha Sobrevivendo à Sepses*. Foi necessário conhecer o local, fazer uma análise do território para avaliar as necessidades, quem são os atores locais, onde estão os problemas, quais são os pontos fracos e fortes, quem serão os aliados. Nesse momento, como cita Warschauer (2001), é importante desenvolver uma escuta e um olhar que transforme o que parece “ruído” em informação.

No momento da chegada e com um desafio novo para viver, é importante salientar que ao propormos uma prática Educativa na metodologia da EPS, num serviço de saúde onde não há tradição de criar processos e fluxos com a participação de todos, foi fundamental construir a aproximação com todos. Conhecer os atores, onde cada um atua, de que forma vão poder colaborar para que o processo de EPS e implantação do Protocolo ocorram de forma efetiva na rotina de quem ali trabalha.

Para poder criar uma aproximação com esse processo e para integrar os atores do serviço, busquei informações junto com a enfermeira responsável do ILAS, a fim de conhecer outras realidades de como fazer dar certo a construção do Protocolo de Sepses Grave em um Hospital Universitário de grande porte. Nessa oportunidade, discutimos sobre os itens do banco de dados que deve ser alimentado com a inclusão de pacientes a partir de 18 anos, que fecham critérios para serem incluídos no Protocolo de Sepses Grave.

O Sistema de Informações, ou Banco de Dados<sup>4</sup>, é uma ferramenta complexa e com grande número de informações sobre o paciente, atendimento, evolução da doença e

---

<sup>3</sup> O ILAS é o órgão que dá suporte para implantação do Projeto nas instituições, a enfermeira responsável por capacitar os representantes de cada instituição, nos tranquiliza sobre os desafios que iremos encontrar pelo caminho, esta sempre disponível para sanar as dúvidas que vão surgindo no decorrer da implantação do Protocolo.

<sup>4</sup> Banco de Dados do ILAS é um sistema de informação onde todos os hospitais participantes do Projeto Controlando a Infecção, Sobrevivendo a Sepses do MS, devem estar cadastrados, para inserir os dados da sua instituição e dos pacientes. Cada instituição tem que elencar uma pessoa responsável para atividade. A análise dos dados inseridos nesse banco permite uma visão ampliada dos pontos fracos e fortes do nosso processo de cuidado. A criação deste sistema permite um acompanhamento das instituições hospitalares, onde serão monitoradas as taxas de mortalidade, tempo de disfunções orgânicas, qual local das instituições tem mais casos de Sepses Grave e Choque Séptico, nas enfermarias, emergências ou UTIs.

prognóstico. Nesse momento, senti insegurança: será que darei conta de tudo? Será possível acompanhar todos os pacientes que deverão ser incluídos no Protocolo de Sepses Grave? Como poderemos avaliar todos os pacientes que iniciaram antibióticos? Quantas questões, quantas construções necessárias, quantas conversas, quantos e-mails serão necessários ser trocados? Há muito trabalho a ser feito, e ter que me perceber nesse serviço, também não será fácil, uma construção diária de conhecimento interno e externo, metodologias a serem utilizadas para prosseguir.

Nestes primeiros encontros, além de me aproximar das pessoas e aproximá-las entre si, foi necessário - também contemplando o nome dos responsáveis-chaves de cada área -, para que o Protocolo possa ter andamento dentro da Instituição, efetuar o cadastro no Projeto Nacional do MS. Esta etapa me permitiu contato com diferentes atores e setores do serviço. Para cumprir uma tarefa burocrática, optei por visitar e conversar com cada setor, para que juntos possamos conhecer as necessidades institucionais para a implantação de um Protocolo de Sepses Grave. Como se tratava de um cadastramento com dados institucionais, incluímos representantes da Tecnologia da Informação (TI), além do responsável pela farmácia, chefias médicas: da UTI, emergência, do laboratório, e responsável técnica da enfermagem.

O momento do cadastramento do Hospital São Lucas da PUCRS no Sistema ILAS foi o primeiro “encontro vivido”, pois permitiu que vários atores estivessem em contato, se percebendo coletivamente neste contexto. Esse momento possibilitou, conforme Cardoso (2012, p. 21):

[...] estabelecer espaços coletivos de "ofertas e demandas" que, submetidos à análise cotidiana, se transformam em projetos, tarefas, ações. Parte dos pressupostos de que a produção de uma obra é o trabalho de um coletivo, e que as pessoas são construídas em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si, e que o trabalho é um dos modos de constituição desses, dos coletivos e instituições. O Método da Roda propõe ativar a produção de subjetividade, potencializando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos.

Nesta etapa, aprendi o que era o Escritório da Qualidade<sup>5</sup> do hospital, quem captava e analisava todos os Protocolos de Sepses abertos na Instituição. Me aproximei da enfermeira responsável, que passou todos os dados, tabulações sobre a evolução dos casos de Sepses na Instituição. Com estas informações, eu, o coordenador do Projeto no hospital e a médica do SCI propomos a criação de um banco de dados diferente do que era feito até então. Elaboramos um banco, que incluiu a inserção dos mesmos dados do ILAS e outros itens que

---

<sup>5</sup> É responsável por gerenciar os processos assistenciais do Hospital São Lucas da PUCRS.

consideramos pertinentes avaliar, como doenças prévias dos pacientes, e para essa construção contamos com a colaboração da farmacêutica do SCI.

Após esse momento, foi possível analisar todos os dados de Sepses que já haviam sido coletados na emergência, onde ocorre o atendimento dos pacientes com convênio ou particular. Estes movimentos gerados no trabalho, com novos contatos, novas descobertas, foram gerando uma necessidade de compartilhamento. Optamos em apresentar nossas descobertas, no X Fórum de Sepses Internacional, realizado no Rio de Janeiro. Participamos do evento e apresentamos o trabalho realizado no formato de pôster. Os dados indicaram 80% dos pacientes que foram incluídos no Protocolo de Sepses que estava vigente tiveram atendimentos ambulatoriais, e de foco respiratório. (RAMOS et al., 2013).

Nestes encontros, percebemos a necessidade de reestruturar o Protocolo de Sepses. Fomos, coletivamente, compreendendo a necessidade de adequação com as diretrizes da *Campanha Sobrevivendo à Sepses*. Inicialmente, este Protocolo foi titulado como Diagnóstico e Tratamento da Sepses Grave em Adultos. Uma ideia inicial para, agora, ser trabalhada juntamente com os demais enfermeiros e médicos do hospital.

Ao mesmo tempo, o Time de Resposta Rápida é um projeto que está em reestruturação na instituição, concomitantemente com o Protocolo de Sepses Grave. Participei destas conversas e, durante esse momento, surgiu o convite para ministrar as aulas sobre o Protocolo de Sepses no curso Introdutório da Enfermagem oferecido pela Instituição, para todos os profissionais da enfermagem admitidos. Preparei uma aula expositiva dialogada, com os conceitos das diretrizes preconizadas no Projeto Nacional, explicando que será construído um novo Protocolo de Sepses Grave e que estamos numa fase de reestruturação, a partir da escuta de vários atores da equipe assistencial.

Essa nova discussão e minha inserção em vários espaços me permitiu refletir o que seria adequado e necessário para ampliar o debate, pois, pelo caminho inicial deste trabalho, discute-se o Protocolo de Sepses mais fortemente com os novos colaboradores/funcionários do hospital que estavam participando do Introdutório, mas seria importante e necessário ampliar o debate também com os mais antigos.

Assim, teria, por um lado, a construção de sentido para a ação de criação do Protocolo de Sepses Grave e, por outro, a garantia das condições de sua concretização, dos meios materiais e subjetivos de cada ator participante. Os objetos de investimento dos sujeitos e a satisfação de interesses e necessidades sociais seriam as finalidades de incorporar o desejo dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho. A composição da equipe deve considerar a necessidade de compartilhar objetivos e objetos de trabalho, e ser orientada para



a ampliação da capacidade de direção, mediado por alguém da equipe, garantido o acesso às questões e decisões rotineiras. (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

A possibilidade, mesmo que inicial ainda, de escutar os vários setores do serviço, conversar e compartilhar um projeto que resultará qualidade da atenção à saúde, foi gerando uma necessidade, também coletiva, de falarmos sobre o tema. Assim, surgiu a ideia da produção de um *Folheto Educativo* com as inquietações já construídas sobre o cuidado com a Sepses Grave.

Para a construção do mesmo, apresentei alguns esboços, compartilhei com o gestor, com a médica, enfermeiras e farmacêutica do setor. O Folheto Educativo foi produzido para ser distribuído no dia 13 de setembro, que é o dia Mundial da Sepses. O material já trazia os sinais e sintomas de acordo com as diretrizes da *Campanha Sobrevivendo à Sepses*. Este foi o grande diferencial: mostrar a disfunção orgânica que ocorre no paciente e que este será o ponto chave do novo Protocolo de Sepses Grave. Consta também, neste material, o pacote de exames e as metas das primeiras seis horas de tratamento. O material apresentava-se com frente e verso, sendo nele inserido o Protocolo institucional de antibiótico no verso, a fim de chamar a atenção principalmente da equipe médica, no qual direcionará o melhor antibiótico para solicitar de acordo com o foco infeccioso.

Trabalhar paralelamente com um Protocolo ativo, e um novo sendo construído, não foi tarefa fácil, mas não podíamos chegar modificando tudo de uma hora pra outra. Apostamos na EPS e no movimento que ela sugere e potencializar no serviço de saúde. As pessoas tinham que participar, se sentir parte desse processo de mudança, de construção de um novo modelo de fazer um cuidado de saúde. Dessa forma, ocorria o meu trabalho dos bastidores, onde se criava formas para conseguir com êxito essa implantação.

A ideia de criar um Folheto Educativo para a equipe assistencial era para que se pudesse ter acesso rápido às informações e fomentar o debate sobre o tema, além de garantir apoio técnico no atendimento ao paciente com Sepses Grave, o qual deve ser atendido o mais precoce possível. O momento da entrega desse material, indo até as pessoas na rotina do seu trabalho, onde poderíamos conversar sobre esse agravo a saúde, fez com que acreditássemos na possibilidade de EPS em ato.

O Folheto Educativo foi se constituindo, de maneira simples, num programa de *Power Point*, onde colocamos os itens principais, de reconhecimento dos sinais de suspeita, disfunções orgânicas, exames que devem ser solicitados, metas de atendimento e o Protocolo de Antibiótico da instituição. Este material foi desenvolvido internamente no setor, e dividido a responsabilidades apenas com os atores internos (médicos, enfermeiras e a farmacêutica).

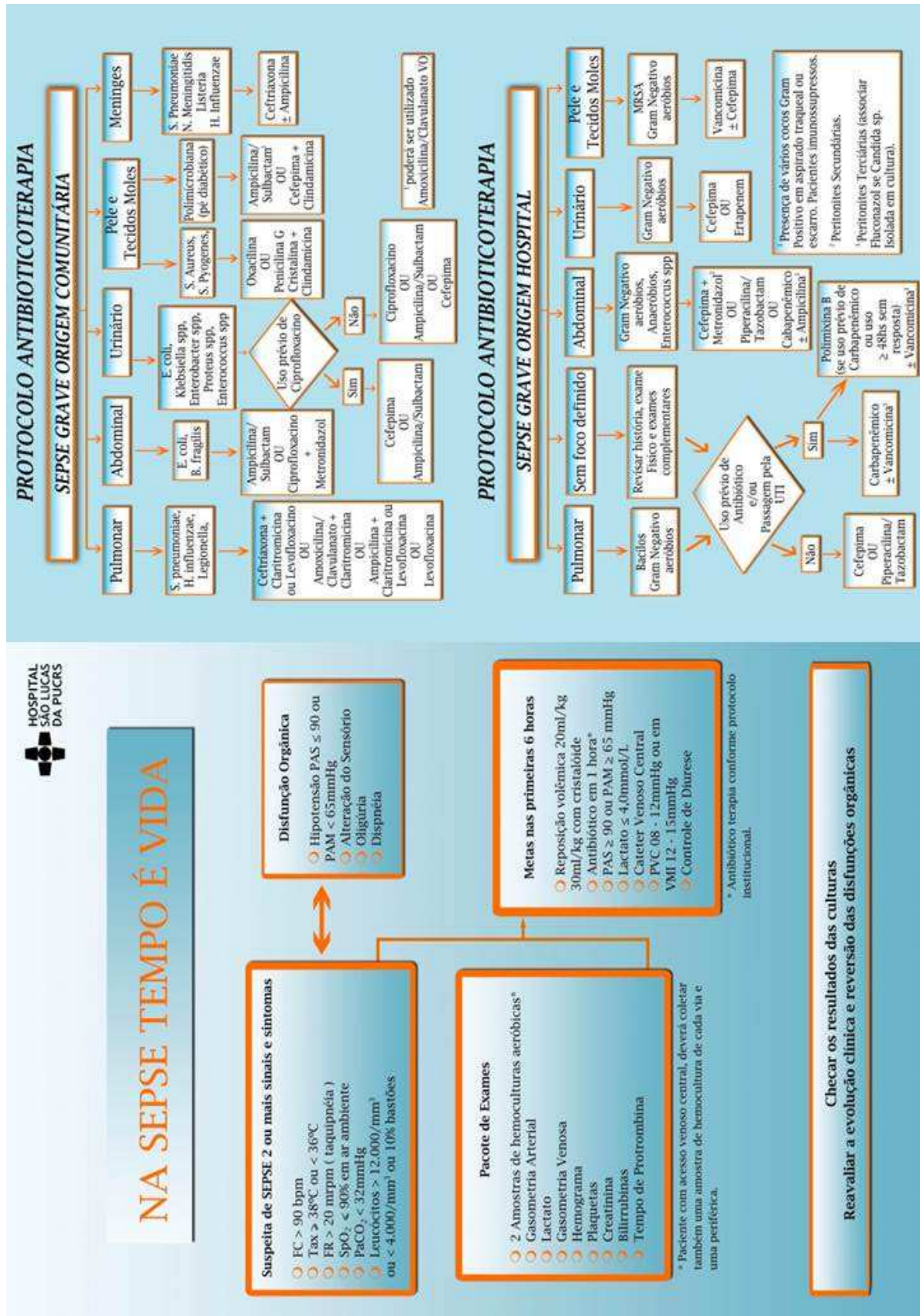
Encaminhado a ideia inicial para o setor de marketing avaliar, e elaborar melhor a arte, e após enviar para impressão.

Nos bastidores, o marketing colaborou para que o material fosse colorido para chamar mais atenção das pessoas, e assim o material foi encaminhado a gráfica. Seria entregue no dia Mundial da Sepse, mas não foi possível a entrega desse material colorido, apenas em preto e branco produzido pelo próprio setor de marketing. Nesse momento, houve uma pequena frustração das pessoas que participaram desse processo de construção, pois aquilo que tínhamos imaginado em fazer não seria possível acontecer. Mesmo assim, não desistimos de realizar a campanha do Dia Mundial da Sepse na instituição, pois a equipe do marketing se mostrou disposta a elaborar esse material em preto e branco, no seu próprio setor quando percebeu que a gráfica não entregaria o material colorido em tempo hábil.

O *Folheto Educativo* (Figura 3) foi compartilhado durante o dia 13 de setembro para todos que estavam no caminho: pelos corredores e unidades, para residentes, doutorandos, médicos e enfermeiros. Aproveitei este momento para me apresentar, me aproximar das pessoas com as quais não tinha tido nenhum contato ainda. A ideia era conhecer as equipes e dizer que a partir desse momento teria uma enfermeira na instituição monitorando os casos de Sepse Grave do hospital e pensando nas práticas educativas de modo conjunto e articulado, para que pudéssemos ter um Protocolo que fosse de fato reconhecido por todos. Aproveitando a oportunidade, fui convidando as pessoas para participar dos momentos coletivos educativos que iriam ocorrer, e que neste momento seria entregue o *Folheto Educativo* colorido e com papel de durabilidade melhor.

Esse dia foi de muitas trocas. Quando me aproximava das pessoas, questionava se sabiam o que significava esse dia, e os profissionais desconheciam essa informação. No final do dia, fiquei espantada, ainda mais que estou numa instituição de ensino, pois as pessoas não tinham conhecimento que existia um Dia Mundial da Sepse. Lembrei-me dos anos que atuei na assistência, no qual não tinha esse conhecimento também.

Figura 3 – Folheto Educativo



Fonte: Elaborado pela autora, setembro 2013.

Dando sequência no processo de EPS para a implantação do Protocolo, foram realizadas reuniões com a informática para desenvolver relatórios de todos os antibióticos prescritos no dia a dia, para assim conseguir ter um panorama de todos os pacientes que deveriam ter sido incluídos no Protocolo de Sepsis Grave e não foram. Também foi criado pacote de exames para Sepsis Grave, contendo todos os exames laboratoriais necessários na primeira hora do diagnóstico. Foi programado que, quando o material chegar ao laboratório, irá gerar uma tela de alerta automático com o nome “Protocolo de Sepsis”, assim as pessoas que estão fazendo esse processo no laboratório saberão que tem que liberar os resultados o quanto antes, gasometria arterial e lactato, em no máximo 30 minutos.

Figura 4: Síntese dos Encontros

#### ENCONTROS COM A INFORMÁTICA

- Criação de relatórios de ATBs
- Criação do Pacote de exames da Sepsis

#### ENCONTROS COM O LABORATÓRIO

- Alerta para o pacote de exames da Sepsis
- Liberar o resultado do Lactato e gasometrias em 30 min

#### ENCONTROS COM A FARMÁCIA

- Liberação e entrega do ATB com urgência na unidade onde o paciente se encontra

Fonte: Elaborado pela autora, setembro de 2014.

Tínhamos receio de perder o paciente, por não conseguir acompanhar, por isso pensamos em relatórios de antibióticos e solicitação de pacotes de exames para Sepsis Grave. Tínhamos que criar mecanismos para captar esses pacientes. Pensando em outras instituições onde não se tem o sistema informatizado, pode se criar outros mecanismos como carimbo/etiquetas coloridas em solicitações de exames para Protocolo de Sepsis, e criar um link com o laboratório de receber essas informações deles, criar um controle e repassar para o responsável da coleta dos dados.

Essas ideias foram possíveis se concretizar, pois a TI é muito proativa a realizar melhorias, que impactam na assistência, mas, caso isso não fosse possível, temos alternativas para pensar, como por exemplo, criar um carimbo, para o pacote de exames, quando a solicitação for manual, utilizarem esse carimbo pra quando chegar ao laboratório serem priorizados esses materiais. O responsável pela captura dos dados deverá passar no

laboratório e fazer busca ativa dos pacientes que foram solicitados pacotes de exames de Sepsis. Como também tem instituições que utilizam cápsulas a vácuo para encaminhar o material de laboratório, podem estar criando etiquetas, para estar identificando esse material. E com isso, o laboratório tem que estar bem comprometido com esse vínculo de informações, de priorizar esse material e comunicar caso tenha um resultado de pânico como, por exemplo, um lactato alterado maior que 2 mmol/L.

Concomitantemente, reuniões com a informática ocorriam. Levamos a ideia do novo Protocolo de Sepsis Grave e as ações para que as pessoas que vão trabalhar com o mesmo na sua rotina. A intenção era de ver como um processo fácil e possível de acontecer. Foi apresentado aos enfermeiros líderes em uma reunião do SCI, onde foi elogiado, com algumas sugestões que ainda estão muito ligadas ao Protocolo de Sepsis antigo. Combinamos que seria levado para os enfermeiros assistenciais de algumas unidades, como emergência, UTI geral, Sala de recuperação e 6º andar, elencando essas áreas de maior complexidade e onde se têm a impressão que ocorrem mais casos de Sepsis Grave.

Procurei fazer por alguns momentos uma caminhada sozinha pela instituição, como eu ainda não conhecia todos os atores e unidades. Nesta rotina de conhecer os bastidores, circular por vários ambientes e lugares, muitas vezes eu chegava às unidades, me apresentava para os enfermeiros, caso tivesse médicos me apresentava a eles também, e aos poucos iniciávamos uma conversa e eu expunha a proposta do Protocolo de Sepsis Grave. Contava sobre o que tinha sido alterado e por que, qual era o objetivo. As conversas, os encontros são EPS em ato.


Pensamos juntos várias sugestões e críticas construtivas ocorriam, como também apareceu os relatos de negação e transferência de responsabilidade. Ou seja, como a equipe se vê implicada neste processo? Percebemos com esta andança em EPS de que ainda é preciso construir possibilidades de responsabilização da equipe por todos os passos de um processo de cuidado. Essa atividade foi realizada em forma de Rodas de Conversas, Warschauer (2001) nos traz que as “rodas” são um padrão de construção de conhecimentos e interformação do humano, e podem propiciar a criatividade e abertura para o novo.

Assim, utilizando a forma de EPS, como Roda de Conversa, para estar explicando o conteúdo da Sepsis Grave e Choque Séptico, e o porquê a Sepsis em si não era critério de inclusão do paciente no Protocolo de Sepsis Grave. Como por exemplo, a Sepsis pode ser uma amigdalite, paciente apresenta frequência cardíaca maior que 90 bpm e temperatura maior que 38° C, no Protocolo de Sepsis antigo nesse caso já seria incluído. Então no novo o paciente deve apresentar uma disfunção orgânica, como por exemplo, hipotensão PAM (Pressão Arterial Média) menor que 65 mmHg.

A seguir na Figura 5, apresento o modelo do Protocolo de Sepses Grave.

Figura 5 – Protocolo de Sepses Grave

**Diagnóstico e Tratamento Precoces da Sepses Grave em Adultos**



Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

**Enfermeiro – Reconhece sinais de alerta:**  
 A história é sugestiva de infecção e pelo menos 2 dos seguintes sinais ou sintomas são recentes e estão presentes no momento do diagnóstico:

<input type="checkbox"/> Tax $\geq$ 38°C	<input type="checkbox"/> Agitação, confusão ou sonolência
<input type="checkbox"/> Tax $<$ 36°C	<input type="checkbox"/> Calafrios ou tremores
<input type="checkbox"/> FC $>$ 90 bpm	<input type="checkbox"/> Cefaléia com rigidez de nuca
<input type="checkbox"/> FR $>$ 20 mrpm, taquiplnéia	<input type="checkbox"/> Leucócitos $>$ 12.000/mm <sup>3</sup> ou $<$ 4.000/mm <sup>3</sup> no hemograma
<input type="checkbox"/> PAS $<$ 90 mmHg ou PAM $<$ 65 mmHg	<input type="checkbox"/> $>$ 10 % formas jovens no hemograma

Obs: Se sangue/derivados administrado há menos de 1 h: avisar o Banco de Sangue

**NÃO**

Enfermeiro deve comunicar o médico do paciente;  
 Enfermeiro deve reavaliar o paciente em até 30 min.  
**Não preencher protocolo/  
 Outro diagnóstico**

**Presença de 1 ou mais sinais de disfunção orgânica aguda?**

Em pacientes HAS com PAS apresentando queda de 40 mmHg da usual ou PAM  $<$  65 mmHg  
 SaO<sub>2</sub>  $<$  90% em ar ambiente ou em uso de O<sub>2</sub> ou piora aguda da função respiratória  
 Ausência de diurese nas últimas 6 h ou débito urinário  $<$  que 0,5 ml/kg/h por mais de 2 h  
 Alteração do sensorio

Sim

Data: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_

Enfermeiro comunica o médico: BIP da Medicina Interna ou plantonista

}

Intervalo menor do que 60 minutos

**Médico plantonista:** solicita coleta hemoculturas, outras culturas e exames, **INÍCIO PRECOCE DO ANTIMICROBIANO**, e expansão volêmica. Realizar contato com a equipe médica do paciente.

**Enfermeiro colhe:**

Hemoculturas periféricas (dois pontos) ou 2 hemoculturas do cateter duplo lumen e uma periférica  
 Outras culturas \_\_\_\_\_  
 Pacote exames sepsis (gasometria arterial e venosa, hemograma, creatinina, plaquetas, lactato, bilirrubinas e TP)

**Metas nas primeiras 6 horas**

Reposição volêmica 20 ml/kg a 30 ml/kg com cristalóide em push  
 Antibiótico  
 PAS  $\geq$  90 ou PAM  $\geq$  65 mmHg  
 Lactato  $\leq$  4,0 mmol/L  
 Cateter venoso central  
 PVC 08 – 12 mmHg ou em VMI 12-15 mmHg  
 Controle de diurese

Data: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_

UTI    Vaga:  Sim  Não

Assinatura do médico (assistente/plantonista)

Assinatura do enfermeiro:

O Protocolo de Sepses Grave (Figura 5) se tornou mais específico, dando início quando o paciente apresenta uma disfunção orgânica, bem como mais sensível comparado ao Protocolo de Sepses que estava vigente. Essa proposta de construção em conjunto com a equipe assistencial foi bem aceita pelo grupo de enfermeiros. Os enfermeiros liam a nova ideia criticamente, e foi solicitado que pensassem no seu dia a dia, se a forma que estava apresentada era coesa, de fácil entendimento. Partimos da realidade do trabalho. Pensamos no que fazemos no dia a dia, conversamos sobre isto, discutimos e propomos. Estamos em EPS em ato? Estamos em EPS itinerante?

Com os relatos dos colegas enfermeiros, a dificuldade com a equipe médica de não aderência ao Protocolo e o medo de sobrecarregar ainda mais as equipes foram pontos que apareceram, pois construímos a possibilidade de escuta para estas questões. Dessa forma, fomos traçando a EPS nos bastidores.

Ao escutar a equipe médica, observamos o relato sobre a demora dos resultados de exames laboratoriais, a falta de funcionários que dificultam o fluxo do atendimento. Os profissionais de forma geral ficam à disposição para discutir mais sobre o assunto, aprender, participar de Rodas de Conversas multiprofissional e a possibilidade de conversar sobre isto, permitindo que cada um revele suas impressões. Com isso, percebemos que outras frentes são importantes, e que temos que ampliar a conversa, redes se movimentando.

Essa mesma conversa aconteceu nas demais unidades, sendo que no 6º andar a enfermeira líder organizou um encontro com os enfermeiros do turno da noite, agendado previamente. Todos os enfermeiros desse andar participaram e mostraram-se muito interessados. Trouxeram ideias de montar uma maleta de urgência da Sepses Grave, mas contrapondo essa sugestão, que primeiramente não queremos trazer mais tarefa para a assistência, mas sim facilitar o atendimento, e a maleta teria que ter uma vigilância, uma rotina de conferência de estoque e validade dos materiais. Explico que as áreas de apoio devem cumprir com a sua parte de otimizar os serviços da melhor forma possível para quem está na assistência, mas a sugestão sempre é bem vinda. Caso não der certa a primeira escolha dos serviços nos darem apoio, sendo a sugestão dada uma boa ideia que pode ser utilizada, a qual já é empregada em algumas instituições.

Quando fui conversar com os enfermeiros da UTI Geral Adulto, os mesmos ficaram surpresos, pois relataram que na UTI não se incluía paciente no Protocolo, eles só recebiam o paciente em Protocolo. Hoje em dia os pacientes da UTI tem uma média de permanência elevada, por vezes mais de 15 dias, alguns ficam meses internados, e com isso mais propenso a reinfecção e desenvolver Sepses Grave ou Choque Séptico.

Como esta área sou mais próxima, pela minha vivência, me sinto muito a vontade para interpretar e avaliar. Expliquei que sim, na UTI se inclui paciente no Protocolo de Sepses Grave, dei alguns exemplos, para os mesmos terem um melhor entendimento. Como tive a experiência ficou fácil relatar, e os enfermeiros perceberam a importância e entenderam que têm que incluir o paciente no Protocolo, quantas vezes for necessário. Warschauer (2001) traz que cada Roda é o espaço em que seus participantes tramam suas histórias, e com isso às vezes é preciso contar um pouco da sua experiência, dessa maneira tornando mais fácil o entendimento, quando podemos utilizar experiências reais.

Conforme íamos conversando com os profissionais, ideias iam surgindo. Fui à procura dos preceptores da medicina interna, já que os residentes atendem o BIP (as chamadas) das enfermarias, quando tem alguma intercorrência, precisa de atendimento de emergência ou de urgência, algumas vezes ao paciente em disfunção clínica nas unidades de internação.

Ao conversar com um dos professores preceptor da Residência em Medicina Interna, para informar do Protocolo, o mesmo me convidou para participar de uma reunião onde participam todos os preceptores e os residentes da Medicina Interna. Entendemos que eles também deveriam estar em Roda. Então preparei uma conversa sobre o Protocolo, onde apresentei o que é o *Projeto Controlando a Infecção, Sobrevivendo à Sepses*, as instituições que estão organizando o mesmo, a importância disso para os pacientes e a instituição.

Discutimos cada etapa, levantamos problemas básicos, como por exemplo, que a equipe assistencial não sabe realizar o cálculo da PAM, quem chamar para atender os pacientes quando forem incluídos no Protocolo de Sepses Grave nas unidades de convênio, os residentes da medicina interna ou tentar contato com os médicos assistentes primeiro. Convidamos as enfermeiras do 6º andar para participar deste momento, já que o maior atendimento ocorre ali, assim, pensamos em já agregar a equipe de modo mais participativo, provocando uma Roda, mesmo que uma “roda quadrada”<sup>6</sup>.

Nesse momento, percebemos que não apenas o enfermeiro, mas quaisquer pessoas da equipe assistencial poderiam incluir o paciente no Protocolo. As participações das pessoas nesse processo não modificaram o conteúdo do Protocolo, mas sim os fluxos, qual seria a melhor forma de acontecer, onde encontraríamos as dificuldades, novamente em rede e em roda – usando a EPS melhoramos e pensamos juntos as práticas de cuidado.

---

<sup>6</sup> Roda quadrada é uma conversa aberta, onde ocorrem trocas, como acontece em Rodas de Conversa, onde as pessoas visualizam umas as outras, na Roda Quadrada, isso não é possível, por que elas ocorrem em salas de aulas ou auditórios, onde a dinâmica de mudar os locais das cadeiras não é possível.



Discutimos sobre quem tem que ser comunicado sobre a intercorrência do paciente nas enfermarias: os médicos assistentes primeiro ou a equipe da medicina interna? Grande debate! De quem é essa responsabilidade? Ficou definido que quem irá ser comunicado é a equipe da medicina interna, pois esse atendimento é de urgência, e quem deve realizar o atendimento entrará em contato com o médico assistente do paciente – EPS em ato! A recomendação da diretriz da Campanha Mundial é realizar a avaliação dos pacientes com doença grave potencialmente infectado, em Sepse Grave para permitir a implementação da terapia precoce. (DELLINGER et al., 2013).

Neste contexto da Narrativa dos Bastidores, tive oportunidade de conhecer melhor as unidades, as pessoas, fazer links com fatos que poderiam ajudar na captação de pacientes. Provoquei debates e coloquei atores em Roda de Conversa.

Comecei, também, a participar da Comissão de Óbitos, onde tenho a oportunidade de obter todos os pacientes que tiveram o desfecho desfavorável por Sepse Grave. Incluir este item como estudo e discutir a causa mortis e se era possível evitar, analisar se ocorreu alguma negligência, evento adverso é também um processo importante para conhecermos onde estão ou estavam às fragilidades do antigo Protocolo de Sepse. Definem-se eventos adversos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito, segundo Gallotti (2003). Não reconhecer os sinais e sintomas do paciente com Sepse Grave é um evento que tem que ser evitado pela equipe assistencial.

Um contato importante neste período foi com a enfermeira responsável pelo Protocolo de Sepse Grave no Hospital Israelita Albert Einstein. Ela nos auxiliou também com a construção do banco de dados, como ela trabalha na instituição, ideias de como devemos proceder com algumas situações. As alianças que conseguimos formar são enriquecedoras para podermos criar estruturas de atendimento, mostrar as organizações que temos que nos fortalece como cuidadores da saúde. Convidamos a enfermeira para participar da II Jornada do Serviço de Controle de Infecção e Infectologia, na qual realizou a palestra sobre a Implantação de um Protocolo e as suas dificuldades; enquanto eu estava nos bastidores e em rede!

Recebemos um comunicado da Sociedade Israelita Albert Einstein, a qual coordena o Projeto Nacional, que deveríamos participar do curso de Imersão para Sepse, onde quem deveria participar era o coordenador, coletadora dos dados, médica do SCI e o chefe da emergência ou CTI Geral Adulto. O curso teve duração de 8 horas, onde foram bem

detalhados e trabalhados todos os itens que fazem diferença na sobrevivência dos pacientes em Sepsis Grave, como fazer o diagnóstico, diagnóstico diferencial, marcadores, exames, pacotes de tratamento e as reavaliações dos pacientes, como também o momento certo de iniciar a nutrição para paciente em Choque Séptico.

Foi realizada uma prova no final do curso, que as questões foram feitas em cima de um caso clínico. Com isso, nos preparamos para disseminar essas informações durante a implementação do nosso Protocolo de Sepsis Grave na instituição. Depois desse dia de curso de imersão, onde tivemos esse grande aprendizado, percebemos mais ainda a importância do cuidado multiprofissional ao paciente.

Retornando, realizamos um encontro com a farmácia, onde expliquei sobre a importância do apoio desse setor, quando o paciente for incluído no Protocolo Sepsis Grave, a ideia inicial era instituir um alerta via prescrição do antibiótico, mas isso ainda não foi possível, pois a farmácia está trocando o sistema de informação. O que ficou pactuado com esse serviço, é que quando alguém da assistência digitar e solicitar antibiótico para paciente em Protocolo de Sepsis Grave, o funcionário da farmácia deverá entregar na unidade o mais rápido possível, caso isso não ocorra, deve ser notificado e comunicar o responsável por esse serviço.

Encontros com o laboratório foram para compartilhar a ideia do pacote de exames para Sepsis Grave e demonstrar a fácil utilização. A prática de solicitar exames laboratoriais via sistema ainda não acontece, tem que haver essa mudança de cultura organizacional. Novas contratações de melhoria do sistema informatizado e laboratório vão aparecendo no decorrer da implantação.

Paralelamente, ocorria a prática educativa da construção do Protocolo juntamente com os enfermeiros e médicos. A compreensão dos profissionais sobre essa prática educativa ficou duvidosa, não observei que eles sentiram-se parte do processo da construção da implementação do Protocolo de Sepsis Grave. Alguns turnos receberam com mais interesse que os outros. A Educação em Saúde é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, formando seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais, para prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social, e para se sentirem importantes no processo que participam. (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Na II Jornada do SCI e Infectologia, participei na organização e fui escalada para fazer parte de uma coordenação de mesa que era sobre Sobrevivendo a Sepsis. Experiência essa que

não tinha vivido ainda, o nervosismo, a ansiedade tomaram conta de mim. A convidada para falar desse assunto, mais precisamente sobre a Implantação do Protocolo, foi a enfermeira do Hospital Israelita Albert Einstein, a qual nos ajudou a entender melhor como funcionaria o Protocolo, as dificuldades que teve e tem ainda, a importância de fazer os *feedback* com as equipes. Ela me informou da possibilidade de participar de um treinamento do Projeto Sepse no Centro de Simulação Realística no Hospital Israelita Albert Einstein. A importância de fazer e criar redes, isso que enriquece as nossas experiências diárias que construímos.

Ao constituirmos redes damos importância para a qualificação dos sistemas de saúde, realizamos trocas de conhecimentos e aprendizados. A rede criada é uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde. (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Fui atrás dessa informação, fiz contatos, era possível participar, comuniquei o gestor dessa possibilidade, o qual teve a ideia de convidar uma enfermeira da assistência para participar e compreender como iniciaremos o piloto do novo Protocolo na emergência. Foi levada a ideia para a gestora, foram convidados os enfermeiros dessa unidade, os quais não conseguiriam participar. Então, convidamos os enfermeiros da UTI Geral, no qual uma enfermeira me acompanhou nesse treinamento.

A minha ida ao Centro de Simulação Realística me fez compreender que é importante que as pessoas analisem o atendimento corriqueiro do dia a dia, e percebam quais etapas pulamos na assistência. Esse momento foi muito válido, pois tinha pessoas de outros Estados, que tinham condições piores de trabalho e estavam lá empolgados e querendo fazer a diferença na sua instituição. Fez com que percebêssemos que temos muito disso no local onde trabalhamos e às vezes o que falta é um pouco de reorganização e o modo de vermos e vivermos as situações.

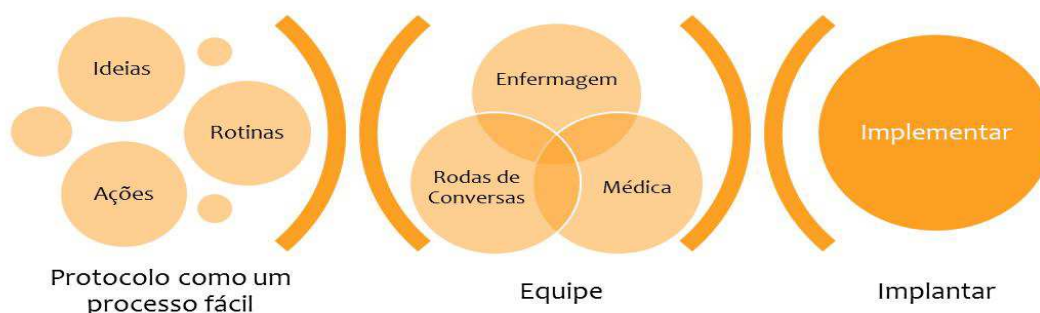
Retornei com muitas ideias, é possível criar uma capacitação na minha instituição nos moldes de Simulação Realística, e o aprendizado e a atenção que se consegue dos participantes em tempo integral enquanto ela acontece, e depois gera várias discussões a respeito do atendimento prestado por um dos participantes da simulação, pois os demais têm uma ficha guia para avaliar o atendimento do cuidado realizado, já fazendo uma análise dos pontos básicos de um atendimento, como a higiene das mãos.

Um Centro de Simulação Realística que investe na capacitação e aprimoramento profissional pautado no ensino-aprendizado para aquisição de competências técnicas e relacionais. A Simulação tem possibilitado que os profissionais de enfermagem tenham um

espaço para aprimoramento e aprendizado através de situações de aprendizagem de complexidade crescente, privilegiando a competência profissional. (FONSECA et al., 2011).

A Figura 6 demonstra de forma simples e sintetizada como ocorreu os Bastidores vividos.

Figura 6 - Imagem dos bastidores.



Fonte: Elaborado pela autora, outubro de 2014.

Os produtos desenvolvidos na fase dos Bastidores foram de suma importância por terem sido construídos ao longo do estudo e puderam ser vivenciados e experimentados. Foi elaborado o Folheto Educativo, pacote de exames da Sepse e também o acordo com a farmácia, a qual irá entregar o antimicrobiano na Unidade onde o paciente estiver. Os produtos contaram com a participação da equipe multiprofissional, a qual se empenhou para que quando fosse implantado o Protocolo, estivessem tudo funcionando adequadamente. As redes criadas nesses momentos permaneceram, para as possíveis melhorias.

#### 4.2 ENCONTRO II: A NARRATIVA DA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

A EPS é a metodologia escolhida para instalar o Protocolo de Sepse Grave. Esta prática busca agregar todos os atores do serviço envolvidos com a Sepse. A primeira unidade escolhida foi a Emergência. A opção por este setor seguiu o mesmo percurso das demais instituições que começaram implantar o Projeto, pois é neste local onde temos o primeiro

contato com o paciente, e as experiências anteriores mostram como é importante já atuar precocemente na emergência ou nas enfermarias.

No serviço em estudo, à unidade de emergência adulto é dividida em Pronto PUC, Pronto SUS, Sala de parada e UCE. Para iniciar a discussão sobre a Seps e a construção de uma implantação do Protocolo, propus para a enfermeira responsável pela EP do hospital que fizéssemos Rodas de Conversa com o tema: Protocolo de Seps Grave. A ideia era começar o debate pela emergência, convidar os colegas para entrarem nesta Roda de Conversa e ao mesmo tempo me inserir nesta unidade. Como estratégia de chamamento, convidamos os profissionais pessoalmente e também criamos um cartaz para divulgar as Rodas no serviço.

Figura 7 – Cartaz de Divulgação



Fonte: Material produzido em novembro 2013, Cartaz de divulgação: Rodas de Conversa com o tema: Protocolo de Seps Grave – HSL da PUC.

Como eu já conhecia os enfermeiros e parte do grupo dos técnicos de enfermagem, fui aos poucos me inserindo e apresentando a proposta. Aproveitei o momento do convite para ficar na unidade e conversar com todos sobre a importância de um Protocolo de Seps Grave, como avaliar o paciente, quais os sinais e sintomas que o mesmo deve apresentar para incluir no Protocolo, o momento “conversa” com os profissionais foi acontecendo na disponibilidade deles.

Estes momentos podem ser entendidos e compreendidos como efetivo processo de EPS, pois permite o diálogo e conversação entre todos os atores envolvidos nos processos de cuidado em saúde, articula que o cotidiano é rico de oportunidades nascidas das experiências, das atividades individuais e coletivas, mas que nem sempre elas são significativas do ponto de

vista da formação. É preciso uma ação sobre elas, aproveitando o momento, convertendo-as em oportunidades formativas.

A prática dialógica permite o compartilhamento de saberes e práticas entre os sujeitos envolvidos por meio das palavras. Neste momento e que se leva em consideração o saber do outro, valorizando sua cultura, suas crenças, seu contexto social, político e econômico. (MARTINS; ALVIM, 2012). Quando ocorre a educação no ambiente do trabalho, a problematização e a interlocução com o meio aproxima quem está conduzindo a conversa. Dessa forma, fica mais enriquecedora a disseminação do aprendizado, pois se torna uma troca em grupo, não só de uma pessoa.

O caminho de construção coletiva é denso e exige muito ir e vir. As dificuldades também ocorrem, como alguns profissionais não entenderem a utilização dessa nova metodologia de ensino. O método usado Roda de Conversa gerou certo incômodo, pois não é comum na instituição envolver todos os atores no processo. Foi preciso ampliar o tema da EPS. Este momento proporcionou um entendimento de que a EPS constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender ao tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos. (SILVA et al., 2011).

As Rodas de Conversa iniciaram. Geralmente ocorriam nos turnos da manhã e tarde. As Rodas permitem conversação, explicação sobre o Protocolo; compartilhamos dúvidas e discutimos os casos clínicos e de como incluir pacientes em um Protocolo de Sepsis Grave. As Rodas aconteciam no tempo livre dos atores que estavam naquele cenário: enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes médicos e de enfermagem, médicos contratados, professores, acadêmicos de enfermagem. As conversas aconteciam em vários momentos nos turnos citados e circulava pelos setores da emergência.

Os debates eram ricos, com exemplos vividos por eles, muitas vezes em tempo real. Muitos já tiravam suas dúvidas durante os atendimentos. Um dos questionamentos, principalmente dos atores antigos, era se iria realmente acontecer. Essa era a maior preocupação, da mesma forma que eles não se davam conta daquele momento educativo, também não percebiam que quem faz acontecer o cuidado o processo de saúde são eles próprios.

Os técnicos de enfermagem mostraram-se mais interessados pela oportunidade, mais que os outros profissionais. Como estratégia, propus que fossem deixadas algumas cópias da proposta do Protocolo para incentivar e pensar em formas de aproximação do tema.

Passaram-se duas semanas e sentimos a necessidade de expandir para outros espaços do hospital a conversação sobre o Protocolo de Sepsis Grave. Assim, com o gestor do Projeto institucional, definimos ampliar esta conversa. Frente a argumentações, decidimos envolver outros setores do hospital. Sentimos essa necessidade por ter receio de gerar confusão nos profissionais que não conheciam a proposta, pois estávamos propondo a construção de um novo Protocolo. Apesar do desafio de ampliar para outros espaços, foi necessário que todos pudessem participar e se inserir no processo.

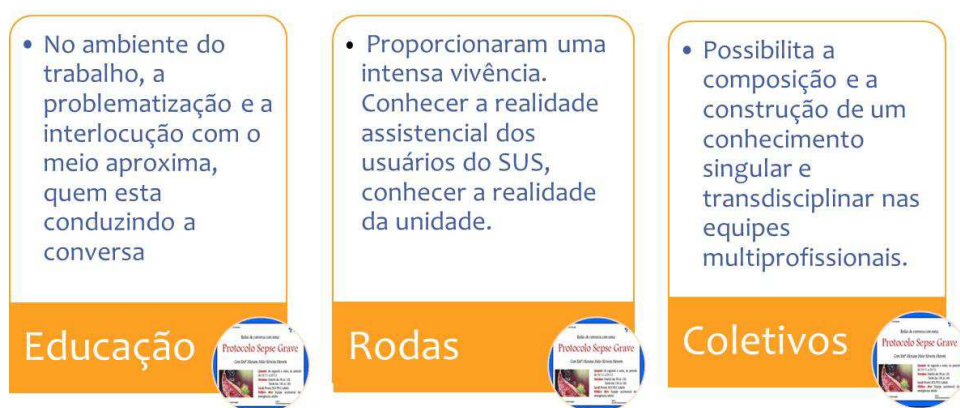
O método de trabalhar com coletivos reconhece então a importância, a pluralidade e a transversalidade das instituições. A necessidade de entender esses espaços não somente pelo seu aspecto negativo, mas também pelo seu aspecto positivo, possibilitando a composição e a construção de um conhecimento singular e transdisciplinar nas equipes multiprofissionais. (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Para iniciar este caminho, busco as demais unidades. Apresento-me. E vamos discutindo sobre a proposta do Protocolo de Sepsis Grave, da construção de um novo processo. Aos poucos vamos ampliando a conversação sobre os sinais e sintomas de alerta, as disfunções orgânicas, pacote de exames, metas das primeiras seis horas. Discutimos que a solicitação do pacote de exames já está disponível no sistema do hospital, para os pacientes internados. Faço uma ressalva que os pacientes que estão em atendimento na emergência, e ainda não estão internados não é possível realizar a solicitação do pacote de exames.

Entre idas e vindas, entre trocas, compartilhamentos e conversas, pensamos que há uma situação em que a equipe médica não consegue seguir os passos indicados via sistema, quando, por exemplo, o mesmo sai do ar, ou trancar o que fazer, realizar solicitação manual, deve ser registrado na solicitação manual, que o paciente está em Protocolo de Sepsis Grave.

Os exames terão a mesma prioridade do que o solicitado via sistema, já combinado previamente com o laboratório, pensando nessas situações que podem correr no dia a dia.

Figura 8: Síntese da Prática Educativa em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora, setembro de 2014.

A Roda de Conversa, o método de inserir todos no processo, abre caminhos e possibilidades para que outros temas e questões sejam discutidos no âmbito do serviço. A EPS entendida como ferramenta de gestão, de acordo com Vasconcelos, Grillo e Soares (2009), parte do reconhecimento de que é no trabalho que o profissional põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho em equipe e de identificação da necessidade de conhecimentos complementares.

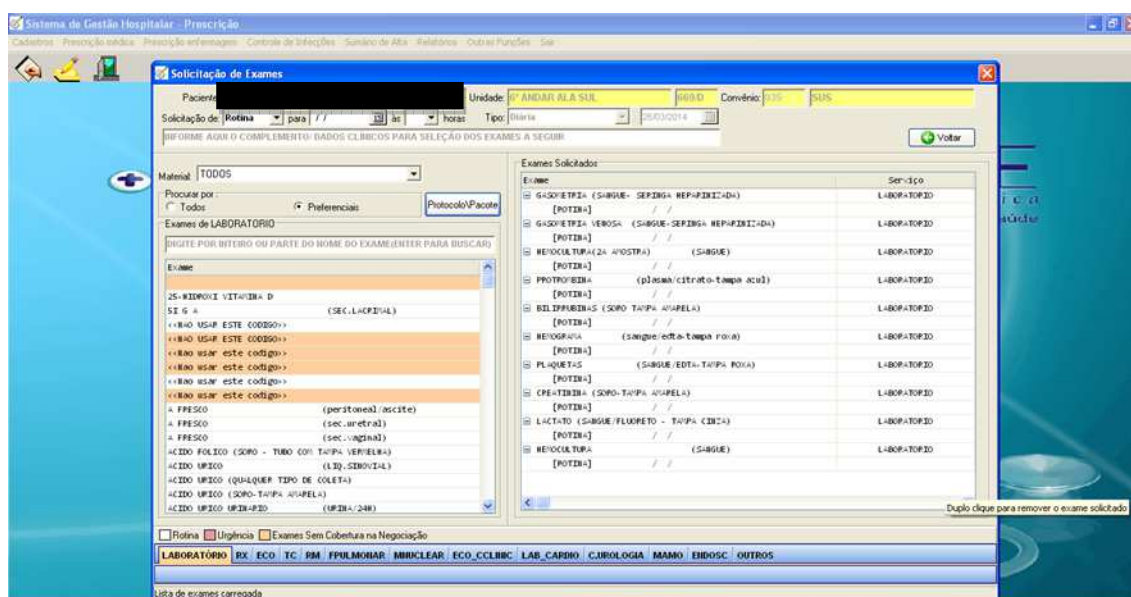
Assim, como proposta, combinamos com os funcionários do laboratório que aceitariam essa observação dessa maneira e realizaria o processo de análise o quanto antes. O laboratório deverá liberar o resultado de gasometria arterial e lactato em até 30 minutos.

O pacote de exames do Protocolo será implantando para paciente boletim, que são aqueles pacientes que estão em atendimento na emergência, mas que ainda não estão internados. Essa demanda surgiu no decorrer da implantação do Protocolo e foi levantada pela equipe médica, sendo que muitas vezes os pacientes que são incluídos no Protocolo de Sepsis Grave chegam via emergência, e é no atendimento inicial que deve ser avaliado o mais precoce possível. Está sendo desenvolvido esse *link* juntamente com a programadora da TI do hospital.

Para pacientes internados, a utilização desse sistema já esta disponível, e podem ser acrescentados outros exames laboratoriais na mesma solicitação. Não é um pacote fechado, como pode ser acrescentado, também pode ser excluído, caso o paciente já realizou os exames em algum momento. Como resultado dessa construção com a equipe do laboratório, informática e assistencial, apresento a Figura 9, que é o nosso sistema de solicitação para paciente internado.



Figura 9 – Pacote de Exames de Sepses Grave



Fonte: Imagem do Sistema de Informação do Pacote/Protocolo de Exames, elaborado pela autora novembro de 2013.

As dificuldades dos profissionais é de entenderem que aquele momento de conversa é um momento de aprendizado, construção do conhecimento. As estranhezas com a Roda de Conversa provocaram incômodo. Percebo, nesta trajetória, pessoas argumentando falta de tempo ou fugindo da conversa, se esquivando e escondendo do aprendizado. Se não participo desse momento não tenho a responsabilidade de fazer: será este o pensamento?

Chiesa e Veríssimo (2001) destacam a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Geralmente, a equipe médica tem certas dificuldades para compartilhar, principalmente com a equipe da enfermagem. Importante salientar que o trabalho em equipe, quando pensamos num projeto assistencial comum, trocamos e isto gera aprendizado. Se pensarmos que cada um faz seu trabalho na assistência à saúde, não iremos evoluir.

As informações devem ser disseminadas, tanto no registro no prontuário, como também na dialogada na unidade com todos os integrantes do cuidado. Quando o médico faz

o diagnóstico de que o paciente está com Sepsis Grave ou Choque Séptico, é uma informação de suma importância para aquela equipe que está prestando o cuidado. Caso isso só for relatado em registro no prontuário, a equipe assistencial corre o risco de não perceber esse agravamento, por estar imerso na rotina, onde os profissionais têm dificuldade para realizar evolução de enfermagem e ficar próximo do prontuário físico, dificultando a prioridade dos atendimentos e as condutas tomadas.

Num local onde tem uma enfermeira durante o final de semana para atender todas as unidades da emergência, exceto a triagem, é impossível que enfermeiro domine todo o setor e ainda possa realizar coletas de exames. Assim, acaba-se delegando a equipe técnica. Mas, aí, nos deparamos com outros problemas: falta de conhecimento, experiência, destreza. Tem alguns que não sabem realizar a coleta de exames laboratoriais ou tem dificuldades nesse procedimento. Por outro lado, os técnicos de enfermagem alegam sobrecarga de trabalho, da dificuldade das escalas, da falta de gerenciamento, de cada dia trabalhar em um local diferente, mesmo sendo na emergência. A rotatividade de profissionais, o *turn over* da unidade é muito elevado.

Essa rotina desestruturada demonstra a importância de termos equipes preparadas, onde se possam discutir os casos juntos, realizarmos intervenções em equipe de saúde, efetivamente pensar um plano de cuidados. As práticas educativas em serviço sugerem uma construção permanente de conhecimento e isso precisa acontecer com envolvimento de todos.

Em relação aos padrões mínimos e máximos dos sinais vitais, buscamos evidências e referências para saber qual seria a melhor indicação, o que traz segurança para a monitorização dos sinais vitais, de quanto em quanto tempo deve-se monitorizar. As Rodas de Conversa permitiram aprender que estas indicações podem depender da rotina de cada local. Neste percurso de estudo, podemos ir evidenciando as descobertas: a prática assistencial é que nos dá elementos para definição de determinados parâmetros.

O caminho tem permitido perceber que as intervenções, as práticas de cuidado estão presente em todos os momentos, e se de fato queremos reduzir os índices de Sepsis Grave durante a internação de um paciente, precisamos ter uma equipe que conheça todas as necessidades de intervenção, que seja preparada e formada para que isso ocorra.

No período das Rodas na unidade da emergência, observei, como mediadora desse processo, que a intervenção deve contemplar todos os pontos básicos do atendimento ao paciente. Como sistematizar sobre coleta de exames laboratoriais, coleta correta de hemoculturas, prioridade de coleta de exames, a ordem certa de passar para os frascos laboratoriais. A reposição volêmica é outro item bem discutido de como deve ser feito, em

quanto tempo deve ocorrer, e quais as exceções que deve evitar grandes volumes administrados.

O tratamento precoce tem a administração de antibióticos como um dos itens mais importante do pacote de tratamento ao paciente com Sepses Grave. Kumar et al. (2006) corroboram com o estudo dizendo que a cada hora de atraso na administração do antibiótico aumenta em torno de 7% o risco de morte do paciente.

Para a administração do antibiótico, deve-se, primeiro, fazer a solicitação para farmácia, e não é necessário ter o documento de justificativa do uso dessa medicação que é solicitado pela farmácia, só solicitar o medicamento via urgência no sistema, não precisa estar prescrito pelo médico. Pode ser solicitação verbal, que deve ser comunicado via telefone à farmácia, que foi incluído um paciente no Protocolo de Sepses Grave. Nesse mesmo instante, o funcionário da farmácia entregará na unidade o antibiótico solicitado.

As conversas e o percurso de construção coletiva geraram alguns encontros com a coordenadora e a líder da emergência, para discutirmos sobre os casos de falhas que detectamos na unidade, como também para falar a respeito do Protocolo. Propomos a elaboração de um memorando, relatando, em todas as fases do atendimento da emergência, os pontos falhos que foram observados. Dessa forma, construímos uma ação coletiva para construir melhorias para aquela equipe assistencial adocida. Martins e Alvim (2012) refletem que a aprendizagem conjunta acerca dos elementos considerados essenciais ao cuidado permite o desvelamento de uma realidade peculiar e a inserção de possibilidades para a transformação, por opção das pessoas, da realidade concreta revelada. Sua condição de crítica e de reflexão aguçada, exercendo com maior segurança e autonomia as demandas cotidianas do cuidado de si, avaliando, modificando hábitos e transformando a realidade.

As Rodas de Conversa proporcionaram várias possibilidades de melhorias, necessidade de aprendizado da equipe, gestão assistencial e de pessoas, tanto médica quanto de enfermagem. As Rodas de Conversa, que foram realizadas na Unidade da Emergência Adulta e com os enfermeiros das áreas assistenciais, está descrita na Figura 10 para que possamos perceber e também quantificar quantos atores já se inseriram neste debate.

Figura 10 - Rodas de Conversa da Emergência



Fonte: Elaborado pela autora, em dezembro de 2013.

Assim, podemos observar que, durante o período de 25 de novembro a 18 de dezembro de 2013, tivemos várias Rodas de Conversa. Em Rodas mais formais ou menos formais, participaram, no total, 128 profissionais. Neste percurso, discutimos a implantação de um novo Protocolo para cuidar dos pacientes com Sepse Grave. Neste momento, começamos a tornar o Protocolo de Sepse Grave algo efetivamente institucional. As Rodas de Conversa foram realizadas com as enfermeiras das unidades de internação, salas de recuperação e UTI's.

As Rodas de Conversas foram nos turnos da manhã e tarde, em alguns momentos era com duas, às vezes com uma pessoa. Em alguns locais eram com seis membros da equipe. Foi um momento muito rico e produtivo. Pudemos discutir as dificuldades de cada setor. Todos puderam perceber e se reconhecer no processo de implantação de um Protocolo. Vários colegas e membros da equipe buscaram outros contatos, sugeriram outras conversas. A enfermagem ainda tem demonstrado fragilidade na sua operacionalização, aliada à falta de discussão mais adequada para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados para EPS. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Neste percurso, para além das Rodas de Conversa, também exploramos as rotinas do serviço. Assim, durante a reunião de Núcleo de Segurança do Paciente, discutimos sobre um

caso clínico de um paciente com Sepsis Grave atendido na emergência, situação onde todos os atores estavam inseridos. Foram levantados vários pontos que deveriam ser melhorados para gerar qualidade e segurança no atendimento.

Ao final da reunião, combinamos que, nas minhas andanças pelo serviço, iríamos continuar dialogando com os setores envolvidos. Ainda nesse momento, o Protocolo não era visto como institucional, mas sim da enfermeira do SCI responsável por ele, os gestores deveriam começar a se apropriar desse processo, para sermos efetivos no diagnóstico e tratamento precoce da Sepsis Grave.

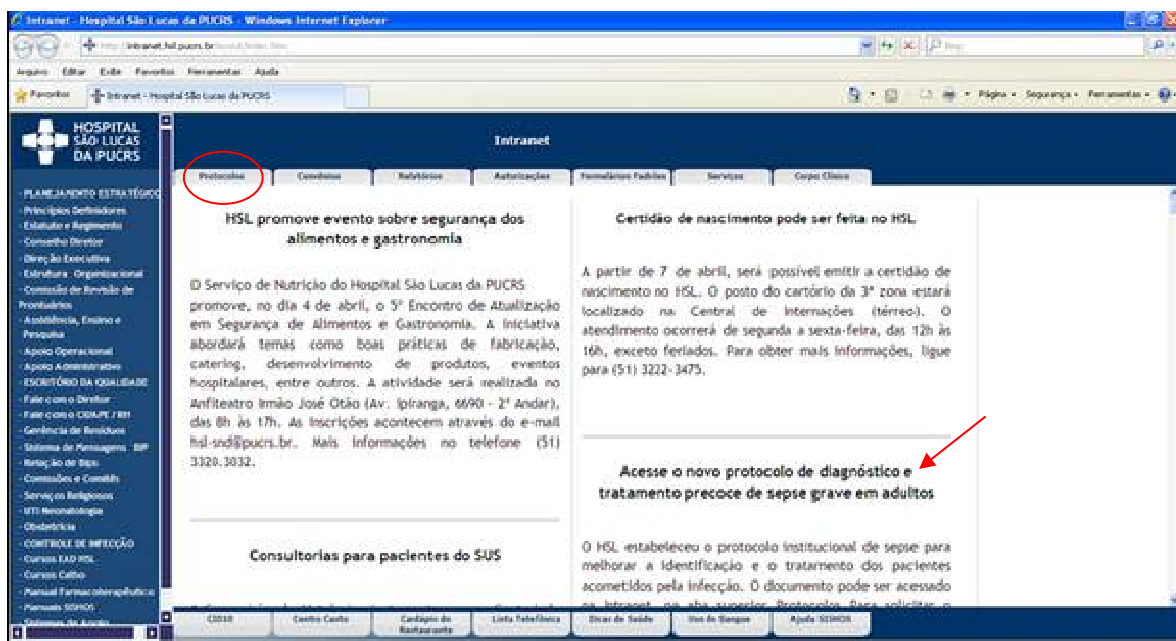
Realizo busca ativa dos pacientes que são casos possíveis de Sepsis Grave através de um relatório de antibióticos e da solicitação do pacote de exames de Sepsis Grave, e alguns profissionais entram em contato para incluir pacientes na minha busca. A farmacêutica e médica do SCI realizam trabalho de otimização dos antibióticos prescritos e, com isso, também me informam casos de Sepsis Grave/Choque Séptico. Ainda estou focada na emergência, ampliando mais a minha demanda que antes a busca dos pacientes, estava focada na UCE e sala de parada. Agora estou monitorando todos os pacientes que têm entrada na emergência e ficam no Pronto SUS e Pronto PUC.

Depois dessas semanas intensas na emergência, frequentando praticamente todos os dias o setor, seguimos fazendo as Rodas de Conversa. Muitas vezes as Rodas de Conversas são sobre outros assuntos, como uma vez, como mediadora das Rodas, me peguei conversando com a equipe de técnicos de enfermagem, a qual sempre foi a mais envolvida, falando sobre as seis metas de segurança. Já surgiram conversas sobre treinamentos que a equipe refere estar precisando, com atendimento de suporte avançado de vida, tanto da parte da enfermagem, como da equipe médica.

A EPS é isso: os assuntos são diversos e acontecem através da necessidade daqueles que estão na assistência ao paciente. Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, portanto, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas e dos nós críticos, que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Esse processo permite a reflexão do mundo do trabalho e dos problemas vivenciados na área da saúde. (SARRETA, 2009).

Utilizar os meios de comunicação interna da instituição para divulgar o Protocolo foi uma maneira de deixar mais evidente o assunto. Utilizamos a Intranet para ficar de fácil acesso o Protocolo, conforme Figura 11.

Figura 11- Protocolo de Diagnóstico e Tratamento Precoce de Sepsis Grave.



Fonte: Hospital São Lucas da PUCRS, setembro 2014.

Agora, a equipe assistencial também quer saber como estão os dados. Com isso, fui para mais um desafio: fechar dados assistenciais. Antes recebia os dados prontos em minha unidade, e agora sou eu que tenho que fechar e realizar o *feedback*. Inicialmente, foram concluídos alguns dados dos casos acompanhados, na avaliação inicial de 30 casos, onde tivemos um panorama desfavorável: 70% dos casos avaliados confirmaram Sepse Grave ou Choque Séptico, e desses, a mortalidade chegou a 76%, fechando com os números da Comissão de Óbitos, que a mortalidade do hospital era em torno de 70% de Sepse, considerando que foi um pequeno denominador. Agora, as conversas acontecendo com os dados da nossa instituição, as pessoas ficam mais envolvidas com o processo, pois os números são assustadores.

Através dos relatórios criados pela informática, de antibióticos e pacotes de exames da Sepse, faço busca ativa dos pacientes. Inicialmente criei uma planilha de pacientes rastreados no dia, fazia uma análise rápida dos casos, alguns eu tinha certeza que eram Sepse Grave ou Choque Séptico nessa primeira avaliação com os dados do sistema, outros precisava confirmar avaliando os prontuários físicos. Como o hospital está utilizando o prontuário eletrônico, dessa forma as avaliações são realizadas internamente no setor, mas, como muitos registros são incompletos e nem todos os profissionais utilizam esse sistema, há muito registro manual. Dessa forma, tenho que ir até o prontuário físico do paciente confirmar as informações.

A promoção da educação em saúde, abrangendo a formação profissional e a produção do conhecimento como estratégia fundamental para a transformação das práticas profissionais em saúde, aborda a EPS como modalidade pedagógica para a mudança das práticas profissionais. Lopes et al. (2007) afirmam que esta aproximação faz com que o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas.

Através de conversas formais com a equipe da farmácia e da enfermagem, ocorrendo esses momentos, em situações diferentes, pensamos em melhorias para o processo de solicitação de antibióticos. Como essas equipes atuam no dia a dia, elas vão tendo ideias de como podem melhorar o sua rotina de trabalho. Após essas conversas, ideias surgiram, e modificações foram feitas. Foi necessário fazer uma reunião com a farmácia e informática, para melhorar e adequar a entrega de antibiótico. Foi realizada algumas intervenções, como uma marcação na solicitação da urgência e a opção de selecionar Sepse, para a farmácia também ter o controle de quantos antibióticos que foram dispensados para o Protocolo de Sepse.

A emergência foi a unidade de escolha para ser acompanhada, pois a aproximação com os profissionais dessa área foi maior, com isso, as trocas e as melhorias a serem pensadas juntos também ocorreram na Emergência. A primeira melhoria realizada desde a implantação do Protocolo veio de uma reunião com coordenadora de enfermagem e médica da área, gerente de risco do hospital, enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente, para criarmos mecanismos de detecção precoce desse paciente. A ideia de nos reunirmos veio após a apresentação do caso clínico no Núcleo de Segurança do Paciente, onde deveríamos criar mecanismos de melhorias para atendermos nossos pacientes.

De uma forma de pensar diferente, mudança da organização, avaliando causa raiz do evento adverso, surgiu uma Roda para problematizar e aprender com o erro. Tivemos a ideia de inserir um questionamento no momento em que o paciente é triado na emergência pelo enfermeiro, onde ele deve ser classificado de acordo com sua gravidade. Quando classificado como amarelo, que deve ser atendido em até 30 minutos, o enfermeiro será questionado pelo sistema se o paciente está em Protocolo de Sepse. Se o enfermeiro responder que sim, o sistema irá gerar essa informação para a equipe médica, como demonstrado na Figura 12, a seguir. O paciente pode ser classificado como vermelho, que deve ter atendimento imediato, verde, com atendimento em até duas horas, ou azul, que o atendimento pode passar de 4 horas de espera.

Figura 12 – Tela de triagem do Sistema do HSL-PUCRS

# Boletim	Registro	Nome	Usuário	Data e Hora	Situação	Recebimento	Médico	Lab	Exa	Class. Risco	Tipo Ocorrência
				014 10 14	Enviado por CLASSIFICACAO DE RI					PRONTOPJIC	
				014 10 19	Enviado por CLASSIFICACAO DE RI					PRONTOPJIC	
				014 10 23	Enviado por CLASSIFICACAO DE RI (03/02/2014 10:23)					PRONTOPJIC	
				014 10 24	Enviado por CLASSIFICACAO DE RI (03/02/2014 10:24)					PRONTOPJIC	
				014 10 25	Enviado por CLASSIFICACAO DE RI					PRONTOPJIC	
				014 10 30	Enviado por CLASSIFICACAO DE RI					SEPSE	SALA DE PARADA

Fonte: Sistema de triagem da emergência do HSL-PUCRS, elaborado pela autora, setembro de 2014.

Dessa forma, também criamos um relatório para captarmos os pacientes, que foram classificados como Sepses Grave na triagem. Essa ferramenta é o modo de intervenção mais precisa que construímos. Como já ocorreu, após a implantação desse processo, em um determinado dia, estava fazendo a busca no relatório da triagem, captei um paciente, avaliei o caso pelas informações contidas no prontuário eletrônico. No mesmo instante, me direcionei para a emergência, conversei com a enfermeira da triagem para avaliar melhor o caso, a mesma me informou que classificou o paciente no Protocolo, mas a equipe médica não considerou, avaliei o caso juntamente com a enfermeira e confirmamos a suspeita dela, estava correta na sua classificação. Fui atrás de mais informações, para conversar com a equipe médica. Uni todas as informações que tinha, abordamos a equipe médica mostrando os dados do paciente, e que o mesmo fechava critérios de Sepses Grave, que poderia iniciar antibiótico o quanto antes.

A paciente estava recebendo reposição volêmica, já tinha coletado os exames e estava em observação, mas o antibiótico ainda não havia sido solicitado. Os atores estão imerso em seus cenários de trabalho, com a rotina onde se tem muitos pacientes para atender e revisar ao mesmo tempo. Fomos bem acolhida nessa situação, o que gerou questionamentos de como podemos melhorar a revisão dos pacientes já atendidos. A discussão segue, sem encontrarmos uma solução para essa problemática ainda.

Mostrando conhecimento à equipe médica e fazendo os questionamentos adequados, foi solicitado o antibiótico. Aproveitei a oportunidade para reforçar com a equipe médica que, quando um paciente está em Protocolo de Sepses Grave, a enfermagem solicita o antibiótico para a farmácia, e a mesma entrega na unidade, sem precisar que a equipe assistencial deixe o paciente para fazer essa atividade. Isso só ocorre quando o paciente está em Protocolo, nas



demais situações quando precisa de alguma medicação com urgência a equipe necessita ir até a farmácia para buscar.

A enfermagem reconheceu o paciente adequadamente, mas faltou a continuidade do atendimento pela equipe médica, e com isso refletindo no cuidado da equipe de enfermagem na sua sequência. O atendimento é um conjunto de ações multiprofissionais, que ainda não se reconhecem nesse ambiente.

A partir disso, a equipe estava precisando problematizar os casos para qualificar o entendimento. Depois da Roda de Conversa sobre um caso clínico, pude perceber que a Simulação de casos seria uma boa metodologia para um melhor entendimento daquela equipe. Foi criada uma capacitação com uma metodologia inovadora a Simulação Realística, onde tem sido feito pré-agendamentos de salas de aula e marcação de presença, pois é melhor realizar com o número reduzido de pessoas, até para não causar constrangimento, pois as pessoas serão os atores desse atendimento, que foi transferido de local, foi para uma sala de aula. Por enquanto, está sendo feito com as equipes separadas: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Futuramente, a ideia é unir essas três profissões. Para desenvolver esse treinamento tive o apoio importante da enfermeira responsável da EP.

Ao finalizar essa etapa de implantação, construímos redes de cuidados qualificadas, profissionais atentos a esse agravo a saúde, como também melhorias no sistema de informações, como a classificação de risco, onde na triagem o Enfermeiro já sinaliza o paciente séptico.

#### 4.3 ENCONTRO III – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As práticas educativas em saúde evidenciam ações que compreendem as relações entre os sujeitos sociais de diferentes espaços, portando com diferentes saberes e práticas dialógicas, e estratégias mediadas pela ação real do dia a dia de trabalho. A formação profissional tem sido discutida e é um processo contínuo para que as reformas do setor saúde sejam consolidadas. (ACIOLI, 2008).

O profissional precisa desenvolver a capacidade de aprender permanentemente, responsabilizando e comprometendo-se com o processo educativo os demais integrantes da equipe para atingir a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A partir da concepção de que as práticas educativas provocam mudanças no cenário atual no cuidado à assistência em enfermagem, é necessário incentivar tal processo no âmbito dos serviços de saúde. Observou-

se que a equipe de enfermagem que participou da experiência colaborou com as atividades propostas.

A participação dos sujeitos envolvidos na prática educativa foi de suma importância para a instalação do novo Protocolo de Sepses Grave da instituição. Santos et al. (2011) destacam as práticas de educação que valorizam o grupo educativo, e consideram que é necessário haver encontros permanentes para as equipes que desenvolvem trabalhos com grupos. Conduzir um trabalho dessa natureza é sempre um grande desafio, na medida em que cada grupo é constituído por pessoas diferentes, com histórias de vida e visões de mundo diversas que não devem ser desconsideradas.

Pensar processos educativos implica em estimular uma atitude reflexiva, criativa e inovadora de modo a promover no indivíduo oportunidades de crescimento, tanto profissional como pessoal. Estimular o indivíduo a pensar e transformar uma realidade provoca possibilidade de mudança nos atos e modos de estar no mundo e na vida. Deste modo, pensar práticas educativas nos processos de cuidado também provoca possibilidades de mudança nos modos de pensar em saúde e de cuidar. (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Também, é importante fazer com que as pessoas que trabalham naquela instituição tenham motivação para encarar a mudança de pensamento e de melhorias de processos.

Com o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem em saúde, a Simulação adquire importância crescente. As abordagens tradicionais de ensino abrem espaço para novas metodologias, que assumem interesses em superar a fragmentação nos diversos campos do conhecimento, assim como a busca por um saber interdisciplinar.

A defesa da formação de profissionais da saúde voltados para a compreensão de uma sociedade em mudança e para o trabalho em equipe. O processo de instrução e transmissão de conhecimentos se desloca para um processo de aprendizagem no qual os profissionais de saúde, em um papel ativo, reconstroem as informações de modo crítico e a aprendizagem não se constitui em desenvolvimento somente intelectual, mas também de habilidades, atitudes e valores. (MITRE et al., 2008).

Quilici (2012) diz que a Simulação Realística do processo de trabalho dentro de uma prática educativa permite ao profissional envolvido na atividade estar no centro do processo e construir sua própria aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento e o treinamento dos profissionais nas suas competências, como habilidades, destrezas, conhecimento e atitudes. A análise reflexiva do procedimento, além de aumentar seu nível de confiança, com a representação de um evento real, em qualquer contexto, envolve a preparação do local, do conteúdo, do material e do instrutor.

Em uma conversa com a enfermeira responsável EP e o gestor do Projeto na instituição, criamos várias turmas de um treinamento por meio de Simulação Realística de Sepses Graves, o que trouxe funcionários inerentes da equipe curiosos com essa nova forma educativa. Foram capacitados mais de 340 profissionais, para reconhecimento precoce, metas das 3 horas e 6 horas, pacotes de exames da Sepses Graves. Foi demonstrado o passo a passo da solicitação do pacote de exames da Sepses Graves e como se tem o acesso ao Protocolo pela Intranet. Não era por que estávamos em uma sala de aula, que não se podia fazer no formato de Roda, imergiam outros assuntos, que incomodavam os atores nos cenários que atuam.

A equipe da farmácia queria entender por que tinham que levar um antibiótico nas unidades, com tanta pressa. A partir desse incômodo, foram agendados previamente encontros com esses profissionais. Desta forma, tiveram o entendimento da sua importância no processo, onde eles entregam o antibiótico na unidade que o paciente se encontra. Assim, qualificamos o atendimento, em que cada um sabe da sua importância do processo, e assim será com os demais integrantes do cuidado.

A prática educativa reforça dentro do ambiente de trabalho os procedimentos adequados e as condutas mais assertivas a serem tomadas. As Simulações interdisciplinares são capazes de criar integralidade ao atendimento prestado ao paciente. Abrange as experiências mais simples às mais complexas, possibilitando atendimento a todas as áreas, o que corrobora a proposta de interdisciplinaridade. O movimento da interdisciplinaridade é importante na articulação entre o ensinar e o aprender. (THIESEN, 2008).

As práticas educativas desenvolvidas de maneira formal envolveram enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, residentes multiprofissionais, fisioterapeutas. Porém, houve também as práticas educativas informais, as Rodas de Conversas de corredores, durante um turno de trabalho, onde as pessoas se encontram de forma descontraídas, e as discussões ocorrem de forma natural. Esse número de encontros é impossível contabilizar.

Além disso, desenvolver uma prática educativa no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem faz com que os profissionais envolvidos aprendam na prática e por meio da visualização dos processos de trabalho, desenvolvendo com isso uma consciência crítica. Enfrentam-se situações reais a qual proporciona um contexto de enfrentamento dos possíveis problemas encarados no cotidiano de trabalho.

A partir desses encontros e conversas, emergiu uma ideia de criar um *link* com o pacote de exames, para gerar um alerta ao médico que solicitar no sistema, lembrando que deverá solicitar coleta de lactato, caso o resultado for maior que 2 mmol/L em até três horas, após a coleta do primeiro e depois da expansão volêmica. Para observar se houve o

clareamento de 10% do valor do lactato em até 6 horas, que é um marcador importante no paciente com o quadro de Sepsis Grave, segundo Dellinger et al. (2013), é uma recomendação forte de evidência. Esse *link* de alerta foi solicitado para TI, e essa necessidade foi gerada pela identificação na avaliação dos dados de adequação dos Protocolos e através de conversas com as equipes médicas. Mas ainda não foi realizada essa solicitação, pelo grande número de demandas da TI.

O cuidado ao paciente é uma atividade multi e interdisciplinar. Cada membro da equipe tem características e funções específicas que interagem e se complementam. A demanda gerada pelas necessidades do paciente é constante, a equipe de enfermagem passa a ser um importante elemento de vigilância e controle do estado e evolução do paciente. Sendo assim, o número de profissionais de enfermagem é maior do que de outros profissionais, pela própria natureza da prestação de cuidados contínuos. Por ser um Hospital Universitário, também foram incluídos nas Rodas de conversa os acadêmicos de enfermagem e da medicina.

Nessa prática educativa, Quilici (2012) relata que a abordagem do erro em Simulação permite ao aluno aprender com a prática e, por meio do erro, desenvolver consciência crítica. Podem-se enfrentar situações em que é permitido errar sem danos aos pacientes, e isso proporciona um contexto seguro tanto para o paciente quanto para o aluno durante procedimentos de risco. Assim, evidencia-se a importância do ensaio e do erro. Quanto mais forem desenvolvidas atividades educativas no ambiente de trabalho, mais o profissional estará desenvolvendo e qualificando a prática da saúde. (LAZZARI; SCHMIDT; JUNG, 2012).

A EP está embasada na aprendizagem significativa, ou seja, pressupõe uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e destaca que educadores e estudantes têm papéis diferentes dos tradicionais (MANCIA et al., 2004). A EP tem constituição de ser descentralizada, ascendente, multiprofissional transdisciplinar, com mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e principalmente nas pessoas.

Tarefas difíceis pela frente, recém o início de uma longa jornada, de descentralização principalmente, de aprimorar a escuta das pessoas que ali trabalham, mudança de cultura, provocar uma desconforto, mas tudo isso com cautela. Em março de 2014 foram fechados 99 casos, considerando o período de implantação, e uma nova forma de conduzir o paciente séptico grave no Hospital. Os resultados apresentam uma queda da mortalidade, que pensamos estar relacionado ao incômodo causado às pessoas, que as *Rodas de Conversa* possam ter mexido com os atores que estão cuidando dos pacientes com esse agravo a vida.

Essa queda na mortalidade da Sepsis Grave é considerável, mas no Choque Séptico não obtivemos ainda um bom resultado, essa pequena melhora podemos vincular ao exercício

de qualificação do conhecimento a Sepsis Grave que foi levado aos profissionais. A sensibilização para identificação precoce dos sinais e sintomas que os pacientes estão apresentando no momento que a avaliação é realizada tem que melhorar.

Levando os resultados até as equipes, nas Rodas de Conversa, o impacto é maior quando eles visualizam as taxas de mortalidade. Conversamos sobre os casos dos pacientes atendidos e, durante o exercício da conversação, os atores se dão conta do paciente que eles estão cuidando apresentam tais sinais e sintomas, que a avaliação precoce é o primordial do atendimento a esse paciente, mas a rotina do dia a dia faz com que certas situações passem despercebidas.

A redução da mortalidade dos pacientes com Sepsis Grave e Choque Séptico acontece quando a equipe assistencial está engajada nos cuidados, com isso não serão apenas esses pacientes beneficiados, os demais agravos também deverão ser trabalhados na instituição. As trajetórias formativas, uma vez que abordam dimensões pessoais e profissionais da vida, compreendem as influências referentes às escolhas que são feitas no decorrer da vida, analisando, assim, o percurso para desvendar o profissional que habita e que desejamos ser. (PASSEGGI; BARBOSA, 2008). É possível conhecer a própria história e dar sentido às experiências vividas, ressignificando conhecimentos e aprendizagens experienciais.

Mesmo com este movimento inicial ainda, me sentia ociosa, sentia falta da minha equipe, que por muito tempo me acompanhou, dividiu momentos importantes na minha vida profissional e pessoal. Viver a continuidade e a ruptura era um desafio. Warschauer (2001) diz que é uma oportunidade para estarmos atentos ao que manter e ao que transformar, quando e como.

Ainda muitas angústias, me sentindo desarticulada. Quais alianças fazer primeiro? Onde terei que ter mais cautela, conhecer as pessoas da assistência, saber como elas trabalham, um trabalho de “formiguinha”? A cada dia subindo um degrau. Escutar as pessoas, explicar a proposta do meu trabalho na instituição, compartilhar com os atores que estão atuando em tempo integral na assistência. Warschauer (2001) diz que o exercício de sugerir, mas não impor, de explicar porque fazer dessa forma e não de outra maneira, esse modo de agir, é formativo pra mim e para os demais profissionais, minha experiência faz com que me autoavaliar, e, com isso, construa laços mais fortes com quem terei que trabalhar, pois a teia será grande.

Em 13 de setembro, dia Mundial da Sepsis, entreguei o primeiro manual de bolso construído neste processo e fiz uma reflexão, que meses antes quando eu estava na assistência esse dia também passaria sem nenhum questionamento, a respeito da Sepsis na minha rotina,

como aconteceu com praticamente todas as pessoas que conversei nesse dia. Segundo Ceccim e Ferla (2006), isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de “perguntação”, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber. Começo a partir desse acontecimento a me fazer questionamentos, qual será a melhor forma de levar às informações as pessoas.

As andanças pelos bastidores me fez conhecer pessoas e me fez refletir sobre a minha prática, minhas concepções de saúde e me fez perceber o quanto é importante construirmos de modo conjunto, e principalmente como é importante conhecermos o processo de cuidado de modo integral. A integralidade é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, avaliado cada caso, nos mais diversos níveis de complexidade do sistema que o paciente está inserido. (PINHEIRO, 2008).

Em praticamente dois meses fora da assistência da Terapia Intensiva, sinto muita falta da minha antiga rotina, do “corre-corre”, de receber um paciente, de prestar o cuidado, de gerenciar uma equipe. Sentir a adrenalina de uma intercorrência, montar um sistema de diálise contínua, que ficaram só na lembrança e me ajudam a me aproximar dos enfermeiros assistenciais, pois conheço a rotina de trabalho deles, principalmente de quem trabalha nas UTIs, gerando aprendizado e troca de saberes, do aprender com o outro ao aprender consigo a aprender, autoconhecimento. (PASSAGGI; BARBOSA, 2008).

Os ambientes protegidos para as práticas de simulação, por aumentarem a confiança dos participantes para a prática, se tornam um incrível ponto de encontro para reflexões das unidades práticas profissionais, incrementando os diálogos teóricos prático em cenários e situações problemas pertinentes ao ciclo de conhecimentos dos atores imersos nessa metodologia. As simulações têm avaliações que podem ser pontuais quando for desenvolvida as habilidades técnicas, e espaços para *feedback* com discussão interativa de grupos. (SANTOS; LEITE, 2010).

Eu, muitas vezes, além de ser a facilitadora/coordenadora do cenário, também desempenhava o papel do paciente, enfermeiro, médico. Mas o ponto crucial da Simulação Realística que é o *debriefing* ocorria com sucesso. O *debriefing* representa a etapa de reflexão em que os profissionais são estimulados a desenvolver novos conhecimentos, percepções e representações mentais para orientar futuros julgamentos clínicos, a partir da ação realizada durante o cenário de simulação. (RUDOLPH et al., 2008). Essa troca de informações e aprendizado tem me deixado cada vez mais confiante naquilo que estou desenvolvendo.

## **5 NARRATIVA COMO CONTRIBUIÇÃO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE: A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Neste capítulo, tenho a intenção de sistematizar todos os acontecimentos das Rodas e do Processo de EPS, que entendo ter sido contínuo, em ato e itinerante. Além de apresentar como produto ao serviço a proposta do Protocolo de Sepses Graves, também tenho como intencionalidade apresentar minhas descobertas, potencialidades quando se busca em ato construir um instrumento de trabalho.

O trabalho da EPS com a equipe de profissionais continua e será sempre contínuo, pois faz parte do processo de educação em serviços de saúde. Neste sentido, as práticas educativas foram sendo cada vez mais frequentes e ampliadas, tanto que incluíram os Residentes da Medicina Interna, com a colaboração do coordenador do Projeto no Hospital e a médica do SCI, sendo que o tema debatido também foi sobre os antibióticos usados frente ao tema da Sepses. Esse “treinamento”<sup>7</sup> foi realizado utilizando-se a metodologia da Simulação Realística. Outras especialidades também se mostraram interessadas sobre essa temática, e foram imersos nesses “treinamentos” também os Residentes e Preceptores da Cirurgia Geral e Obstetrícia.

O grande desafio contemporâneo da educação formativa em saúde é ser capaz de desencadear a visão do todo. Desta forma, a simulação apresenta-se como poderosa ferramenta que se utiliza de um cenário para replicação de tarefas nas quais se enfatiza o que deve e como deve ser feito, com isso preparando melhor os profissionais para situações reais. (MITRE et al., 2008).

No decorrer da utilização do Protocolo de Sepses Graves, algumas ideias iam surgindo por parte dos profissionais da assistência, já mais integradas no conceito de equipe de saúde, ou seja, um conjunto de profissionais que se percebem em relação para um cuidado integral. Entretanto, havia ainda, uma certa, cobrança pela equipe médica da Emergência, sobre o Pacote de Exames da Sepses. Como já foi citado no decorrer do texto, o paciente em atendimento boletim não poderia ser solicitado o Pacote de Exames, só para paciente internado; com o empenho da TI, foi desenvolvida esta possibilidade de solicitação desses exames ainda quando paciente está em atendimento via boletim na emergência.

Como faço parte desse coletivo, o intermédio das solicitações da assistência com os serviços de apoio, quando a TI passou a informação que estava liberada esta solicitação, fui à

---

<sup>7</sup> A palavra treinamento entendida como educação em serviço.

Emergência e passei a informação pessoalmente aos profissionais, como também encaminhei e-mails para toda a equipe da emergência informando esse novo acesso e facilidade de solicitação de exames. Ceccim (2005) diz que se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho, temos de nos colocar em permanente produção. O permanente é o aqui e agora, diante de problemas reais.

As Rodas de Conversa e o Processo de EPS vão ocorrendo no dia a dia de trabalho. Ainda focada na Emergência, em uma Roda de Conversa realizada com os técnicos de enfermagem e enfermeiras residentes, discutimos como deixar mais evidente que o paciente foi incluído no Protocolo de Sepsis Grave. Compartilhamos algumas ideias como pulseiras de identificação laranja, mas pensamos no inverno que pode ficar escondida na roupa. Uma técnica de enfermagem teve a ideia de criar um carimbo, com isso definimos uma sigla de coloração vermelha. Estratégias de melhorias de cuidado com segurança ao paciente, criada em conjunto com os profissionais que estão identificando os problemas no seu dia a dia do trabalho.

Esse carimbo (Figura 13) será utilizado na identificação do paciente na parede, quando o paciente for triado e incluído no Protocolo, o mesmo já sai com o Boletim de atendimento carimbado da sala de triagem, as solicitações de exames também podem ser carimbadas. Assim, este percurso tem como produto uma intervenção direta no serviço: um carimbo que possa identificar necessidades importantes relacionadas à segurança do paciente.

Figura 13 - Carimbo Protocolo de Sepsis



Fonte: Elaborado pela autora, maio de 2014.

Muitas ações imaginadas e compartilhadas para o desempenho da implantação do Protocolo ocorreram tranquilamente e efetivamente em processo de EPS. Algumas solicitações ainda estão na pendência, como *link* do lactato para gerar o alerta quando o mesmo estiver alterado, que ainda não foi colocado em prática pela TI. Surgiram outras demandas, que foram priorizadas, como, por exemplo, a criação de uma prescrição padrão do



Protocolo de Sepsis, que, durante uma visita de rotina na Emergência, conversando com um médico rotineiro, tivemos a ideia de criar uma prescrição que contemplasse o atendimento inicial do paciente com Sepsis Grave ou Choque Séptico, e que contivesse informações como lembretes no processo de cuidado.

Essa prescrição padrão permitirá o registro correto do que foi utilizado no atendimento inicial do paciente com Sepsis Grave, com isso melhorando a qualidade da assistência segura aos pacientes. Paralelamente a prescrição padrão dará um direcionamento do processo de cuidado, como também evitará esquecimento de alguns passos no atendimento, e melhorará os ganhos financeiros da Instituição, que muitas vezes são esquecidos no momento da prescrição, por exemplo, a reposição volêmica - solução fisiológica.

Seguindo, as conversas foram acontecendo de maneira participativa dos profissionais envolvidos no processo de cuidado, onde a EPS estava se movimentando livremente naquele cenário, que inicialmente era duro. As pessoas já me conheciam, foi construída uma relação de troca, onde os profissionais demonstravam em seus relatos ideias significativas para a melhoria dos processos, como mediadora dessa EPS, tomava a frente e fazia os encaminhamentos necessários para que as melhorias pontuadas nas conversas fossem efetivamente realizadas.

A EPS é adotada para propiciar aos participantes, por intermédio do acompanhamento de um mediador, a reflexão acerca do processo de trabalho por meio de questões da prática cotidiana e das trocas de experiências para o crescimento e melhoria profissional. O mediador assume uma presença ativa de acolhimento, motivando e incentivando o comprometimento dos profissionais envolvidos nesta proposta, mas sempre ciente do seu papel nessa construção. (ARRUDA et al., 2008).

As práticas educativas na forma de Simulação Realística foram mantidas uma vez por mês, mas as participações dos funcionários diminuíram consideravelmente. A minha presença também diminuiu nas unidades em geral, pois precisava realizar as avaliações dos pacientes que diariamente eram inseridos nos relatórios, e esse número só aumentava, pois agora avaliava todas as unidades assistenciais. Com a demanda muito elevada de pacientes, tive que optar por ficar mais retraída na sala para tentar dar conta dessas avaliações do que estar inserida nas unidades, mesmo sabendo que era necessário estar permanentemente em ação.

Novamente chegando o mês da Sepsis, como resolvemos denominar, depois de algumas longas conversas com o coordenador do Projeto no hospital: a ideia era não pensar só no dia 13 de setembro, que é o Dia Mundial da Sepsis, mas sim realizar algumas atividades no decorrer do mês de setembro. Primeiro, como iríamos divulgar, pois os computadores do

hospital não são conectados em uma única rede, onde pudéssemos utilizar a proteção de tela dos computadores como meio de informação.

Tivemos a ideia de utilizar o sistema de informação do Hospital, pois era o único meio que todos utilizavam no Hospital diariamente. Então conversei com a TI sobre a possibilidade de incluir imagens informativas na área de informação dos pacientes, prescrição e evolução dos pacientes, tivemos a aprovação da Direção do Hospital. Teve que ser criado um *link* dentro desses sistemas, e, com isso, a possibilidade de serem alteradas essas imagens de tempo em tempo. A primeira imagem a ser utilizada nesse espaço foi a campanha do Mês da Sepsis (Figura 14).

Esse sistema também foi utilizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, para divulgações e informativos dos demais Protocolos utilizados no Hospital.

Figura 14 - Imagem de divulgação do Mês da Sepsis



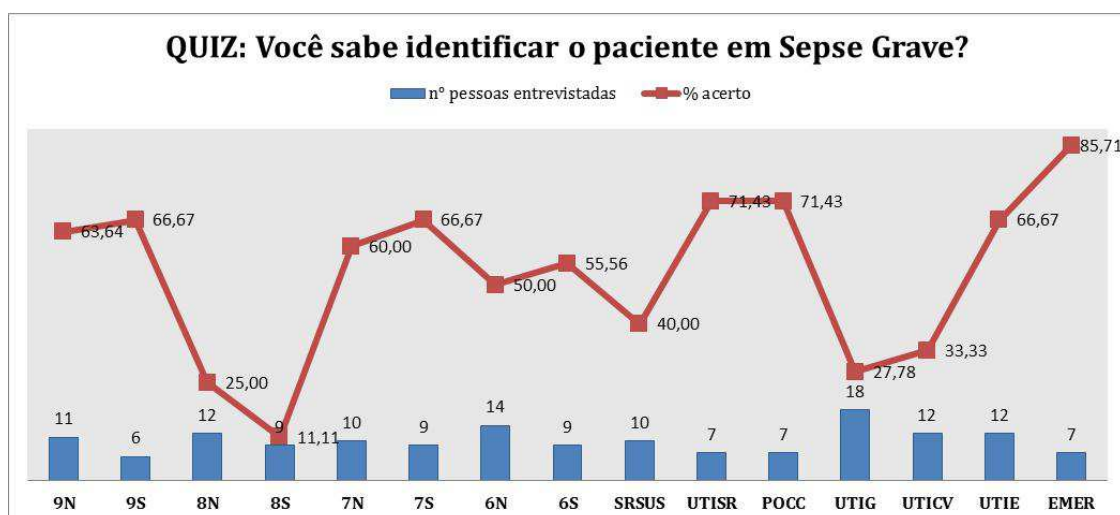
Fonte: Elaborado pela autora, agosto de 2014.

Temos que aprender a trabalhar com as possibilidades que temos. O processo de EPS pode ser invadido pela tecnologia, mas temos que saber utilizar as oportunidades que estão na nosso processo do dia a dia para ficar permanente na rotina dos usuários.

Para o mês da Sepse, em algumas conversas internas no setor e com algumas pessoas externas, como o Núcleo de Segurança do Paciente, tivemos a ideia de realizar um QUIZ da Sepse Grave.

O QUIZ da Sepse ocorreu em todas as unidades de internação do Hospital, onde foi lançado o desafio: a unidade que soubesse responder quais são os sinais e sintomas da Sepse Grave, ganharia um presente. Foi ótima a experiência, pois movimentaram as unidades, todos queriam participar. Os participantes foram os técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Figura 15 - Quiz da Sepse Grave



Fonte: Elaborado pela autora, setembro de 2014.

No dia 12 de Setembro, passei em algumas unidades falando sobre Sepse Grave, relembrando as Rodas de Conversas que ocorreram no início do ano de 2014. Nesses momentos, tiramos algumas fotos, que foram publicadas no *facebook* do dia Mundial da Sepse. No dia 15 de setembro, divulgamos a Unidade que ganhou o QUIZ da Sepse, que foi a unidade da Emergência e as fotos do dia da Sepse.

Pensamos em uma palestra com médico intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein, o qual coordena o Projeto da Sepse Nacional, mas o mesmo não pôde comparecer, mas encaminhou uma colega em seu lugar. Divulgamos a palestra durante todo o mês, a qual foi realizada na última semana de setembro, aproveitando o espaço fixo que o Serviço da Medicina Interna tem no auditório do Hospital. Foi a primeira vez em que teve uma

participação grande da equipe de enfermagem nesse momento, relatado pelos participantes assíduos.

Esse momento foi de grande importância, onde percebemos que o coletivo multiprofissional estava sendo contemplado. A participação da enfermagem juntamente com a medicina para um momento de aprendizagem, fez com que eles percebessem que o cuidado do paciente necessita do conhecimento de todos.

Desenvolvemos um novo material de bolso (Figuras 16 e 17) para ser distribuído no mês especial. Esse material poderia ser higienizado com álcool 70% e também seria utilizado com os demais Protocolos de bolso desenvolvidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Figura 16 - Material de Bolso (frente)

**HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS**

**NA SEPSE TEMPO É VIDA**

**Reconhecer precocemente 2 sinais de alerta**

- \* Tax > 38°C ou Tax < 36°C
- \* FR > 20 mrpm, taquipnéia
- \* FC > 90 bpm
- \* PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg
- \* Agitação, confusão ou sonolência
- \* Calafrios ou tremores
- \* Cefaléia com rigidez de nuca
- \* Leucopenia ou Leucocitose
- \* >10% de formas jovens no leucograma

**Presença de 1 ou mais disfunções orgânicas**

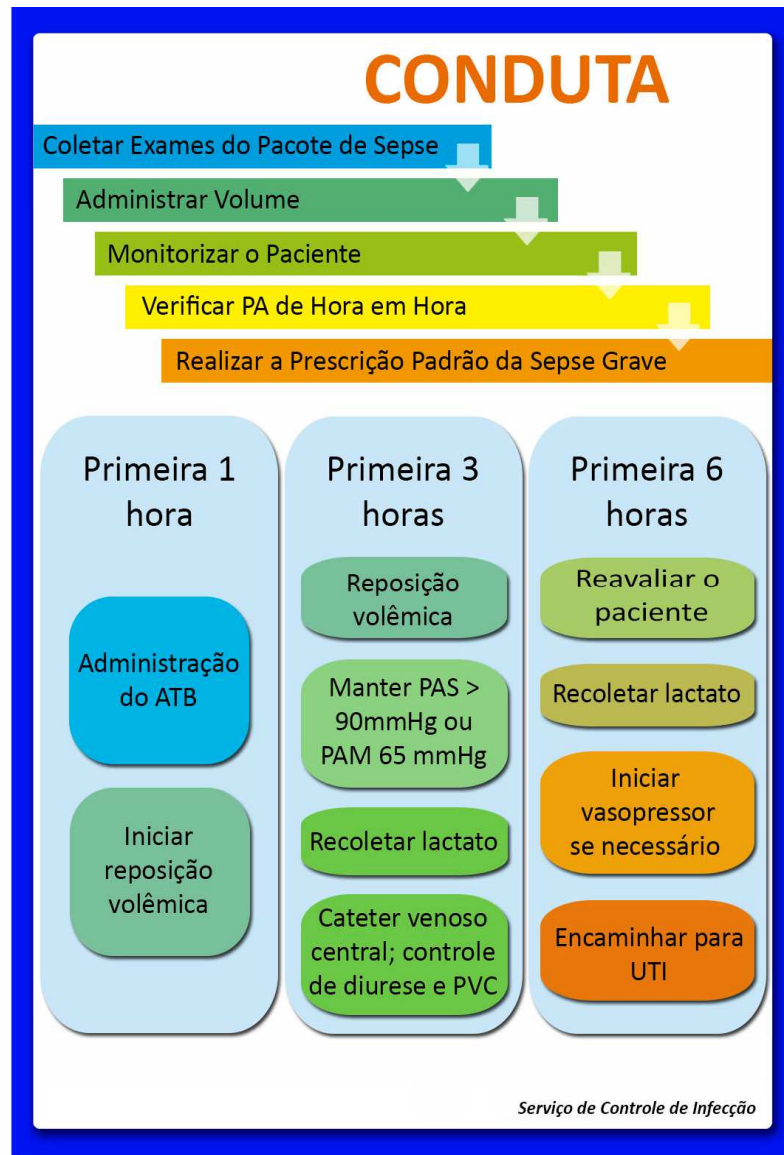
- \* PAM < 65 mmHg ( pacientes HAS com PAS apresentando queda de 40mmHg da usual ).
- \* SaO<sub>2</sub> < 90% em ar ambiente ou em de O<sub>2</sub> ou piora aguda da função respiratória.
- \* Ausência de diurese nas últimas 6h ou débito urinário < que 0,5ml/kg/h por mais de 2h.
- \* Alteração do sensorio.

Serviço de Controle de Infecção

Relacionamento

Fonte: Elaborado pela autora, julho de 2014.

Figura 17 - Material de Bolso (verso)



Fonte: Elaborado pela autora, julho de 2014.

Este material foi desenvolvido e entregue no tempo estimado. Utilizamos conforme planejado, no mês de setembro nos encontros e rodas que tivemos foram entregues, e ainda continuamos entregando a todos os funcionários novos da equipe de enfermagem, no Introdutório, e a todos os novos colaboradores médicos, quando participam de algum treinamento ou roda de conversa recebem o material. Muitos dos médicos solicitam para ser enviado como mensagem, para salvar nos smartphones como imagens. Este material servirá para vida profissional, até que as diretrizes de diagnóstico e tratamento para Sepsis Grave se modifiquem.

Escrevemos um resumo sobre o gatilho de alerta na triagem na emergência e encaminhamos para o Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva, onde apresentei em forma de pôster eletrônico. Fomos elogiados por estarmos organizados desde a classificação dos pacientes na emergência.

Conforme avalio os dados dos relatórios da triagem, percebo que a equipe assistencial ainda não sabe diagnosticar os pacientes com Sepses Grave, muitos pacientes são às vezes triados como Sepses Grave, mas não fecham critérios, e os que são casos confirmados não são devidamente avaliados e classificados. A ideia do gatilho na triagem é ótima, só que ainda não ocorre de forma adequada na prática assistencial.

Com esses resultados, foi realizada uma Roda com as pessoas responsáveis pelo processo, e novamente foi realizada uma prática educativa. Este processo educativo ocorreu pontualmente com os enfermeiros da emergência. Utilizamos os casos que os mesmos atenderam e utilizamos também a Simulação Realística. Com essa metodologia, pensa-se que adultos aprendem melhor por estarem ativamente envolvidos no processo. (FANNING; GABA, 2007).

Divulgamos o *link* do Projeto Nacional da Educação a Distância sobre Sepses Grave, gerenciada pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Tivemos alguns problemas com o *link*, que poucas pessoas conseguiram acessar. Tivemos um apoio importante da EP do Hospital, o qual nos ajudou a divulgar o *link* de acesso, realizou as inscrições dos funcionários no site. No entanto, não tivemos uma grande procura pelos profissionais, pois o sistema teve alguns entraves.

Pela necessidade de mão de obra para dar conta de tantos dados, tantas buscas ativas, tantos relatórios para serem feitos, foi divulgado uma vaga de estagiário para o SCI, para alunos da PUCRS, como também para outras Universidades. Foi realizado o processo seletivo, através de uma entrevista realizada por mim e minha colega do SCI. Foi selecionada uma aluna da PUCRS, a qual contribuiu muito.

Esse processo me aproximou de uma Professora da Enfermagem da Universidade, à qual mostrei os dados, as buscas, relatórios e resultados. Essa aproximação resultou em um projeto: Guarda Chuva Multiprofissional, de cinco anos, onde iremos realizar pesquisa sobre os resultados que produzimos no nosso banco de dados, conhecimento acadêmico, profissionais da saúde do hospital, como também o público leigo. Estamos esperando o retorno do Comitê de Ética.

Tenho sido procurada para desenvolver palestras sobre o tema Sepses. Ministrei aula na Residência Multiprofissional da PUCRS, palestrei na Semana Acadêmica do Centro

Universitário Metodista IPA, os alunos da graduação de medicina me convidaram para participar da Liga da Medicina da PUCRS, onde falarei sobre Sepses Grave e Choque Séptico, utilizando a Simulação Realística. Conversando com o professor da medicina responsável da Liga, entre uma conversa e outra, descobri um Curso para ser Instrutora de Simulação Realística, encaminhei a demanda para o responsável do desenvolvimento do Hospital, o qual liberou a minha participação no curso, e com isso também o custo desse evento.

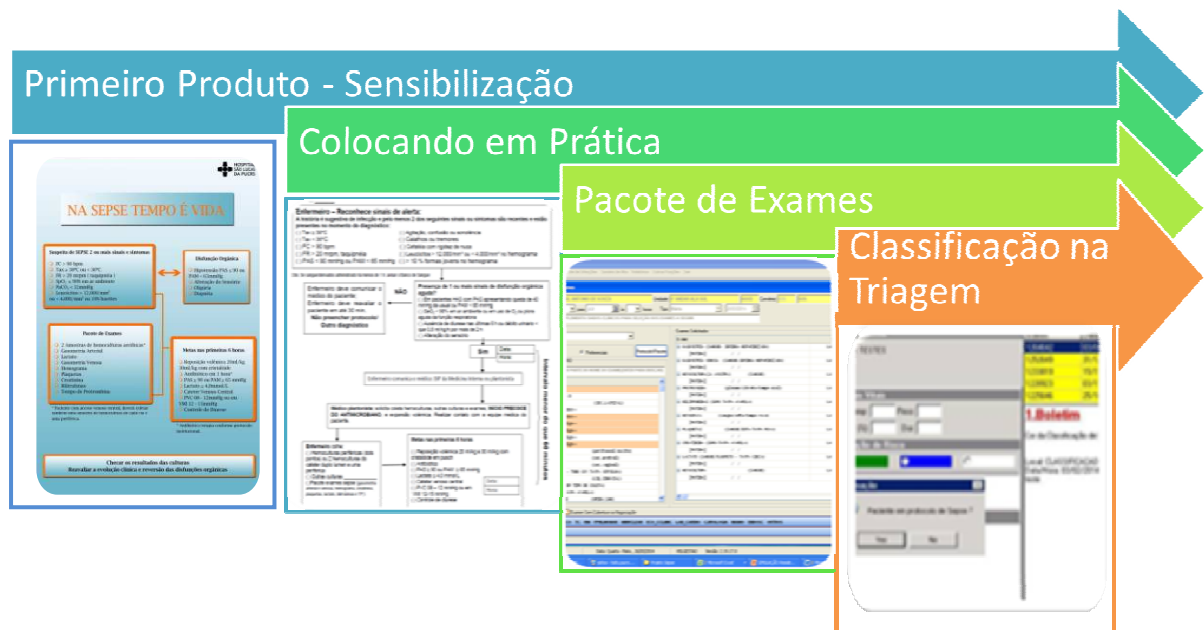
A representação desse curso para mim e a Instituição é de muita relevância no modo de ensino e aprendizagem, onde o profissional da saúde participa, desempenha um papel, e experimenta não apenas eventos específicos de uma forma cognitiva. O participante deve encontrar sentido nos acontecimentos vividos em seu próprio mundo de trabalho. (FANNING; GABA, 2007).

Fui convidada a coordenar um curso Junho/2015 de Pré-Congresso no evento XI Sul Encontro de Controle de Infecção. O curso abordará o processo de implantação do Protocolo de Sepses Grave, Educação a Distância, antibióticos utilizados na primeira hora e Simulação Realística de casos de Sepses Grave. O desacomodar as pessoas a pensar nessa temática tem entusiasmado a levar esses temas para os eventos. Em uma conversa informal com a Enfermeira do ILAS, a proposta é trazer o Fórum de para acontecer em Porto Alegre, o qual acontece anualmente em São Paulo.

Depois desse trabalho desenvolvido no ano de 2014, que foram de descobertas, construções, aprendizados, conhecimentos, a direção do Hospital definiu os indicadores da Sepses como um indicador institucional de importância para o Hospital. Estes indicadores serão trabalhados pela equipe assistencial, procurando cada vez mais melhorias para diagnosticar, tratar o mais precoce possível o paciente com Sepses Grave. Os indicadores a serem avaliados serão a Adesão ao Protocolo que será através da administração do Antibiótico em até 1 hora e Mortalidade, os quais serão apresentados nas reuniões da direção mensalmente.

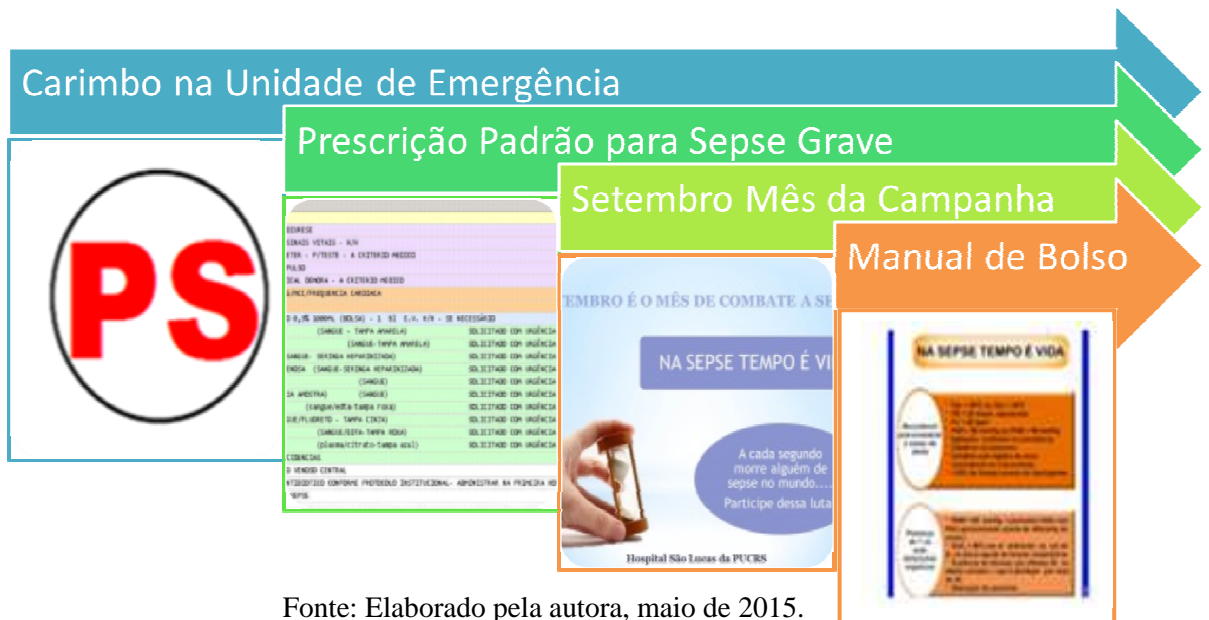
Produtos Institucionais foram aqueles que continuarão a ser utilizados e aprimorados com o decorrer dos anos, onde o ciclo não termina aqui, apenas iniciou.

Figura 18 – Síntese dos Produtos Gerados para Instituição I



Fonte: Elaborado pela autora, maio de 2015.

Figura 19 - Síntese dos Produtos Gerados para Instituição II

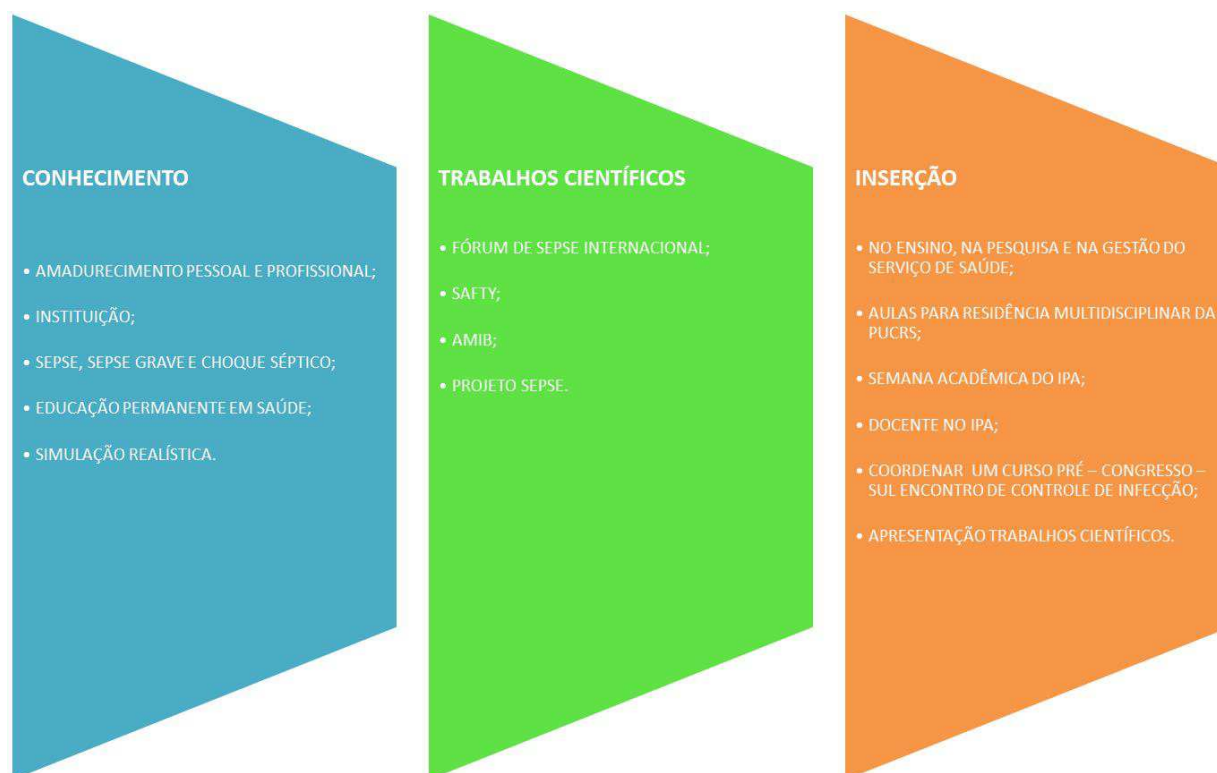


Fonte: Elaborado pela autora, maio de 2015.

Os produtos e resultados que a pesquisadora obteve nessa trajetória foram inúmeros, não só a mesma, mas a sociedade profissional de saúde como também a população leiga, que através de um projeto elaborado juntamente com a PUCRS disseminarão a temática da Sepse.



Figura 20 – Síntese dos Produtos Gerados para a Pesquisadora



Fonte: Elaborado pela autora, maio de 2015.

## 5.1 CONSIDERAÇÕES DA CAMINHADA

Hoje, no HSL, atuando como enfermeira de apoio assistencial e como educadora, entendo que a minha vivência na assistência em uma UTI geral adulto, por cinco anos, era permeada por muitas dificuldades, sendo que a dificuldade da equipe de saúde expressa no cuidado do paciente e, principalmente, no reconhecimento dos agravos que ele pode estar suscetível, é um grande entrave na qualidade da atenção à saúde. Sempre me chamou atenção nas diversas intervenções da equipe de saúde frente ao paciente crítico, o quanto há influência nas ações de cuidado quando há efetivo conhecimento teórico e técnico e o quanto isto modifica a assistência aos pacientes.

Desde a minha graduação, fui me construindo como enfermeira, sempre com o objetivo de trabalhar de forma a contribuir com o prognóstico do paciente, não ser apenas uma enfermeira focada em tarefas assistenciais, mas sim uma enfermeira com conhecimento qualificado para capacitar a própria equipe de enfermagem, discutir os casos, situações, necessidades e com isso participar do plano de cuidado, definindo de modo coletivo e articulado o que é necessário para aquele indivíduo. É o que se espera de um enfermeiro, mas

não é o que encontramos quando estamos na vivência hospitalar. Encontramos diversos estilos de enfermeiro: o centralizador, o autoritário, o democrático, o que só faz o básico, não se envolve com o sistema.

Trabalhei muito com a Sepsé, que é um importante agravo à saúde, durante a minha vivência como enfermeira assistencial na Terapia Intensiva. Entretanto, o dia a dia corrido de trabalho, com muitas metas a cumprir, a realização de trabalhos burocráticos, e também o gerenciamento da equipe de técnicos de enfermagem, fazia com que geralmente eu não realizasse uma avaliação tão profunda desse agravo, como também não percebia todos os detalhes que temos que nos dar conta na assistência ao cuidado diário, como um alerta de um novo foco de Sepsé na Terapia Intensiva. Reunir essas informações durante o turno de trabalho é uma tarefa difícil. Com isso, elaborar um Protocolo com embasamento na EPS, juntamente com a equipe assistencial, é de suma importância, pois tem que ser algo em que todos se sintam parte e reconheçam a responsabilidade que temos.

Iniciar este novo desafio me colocou frente a novas questões. Elaborar um Protocolo de Sepsé Grave de acordo com as diretrizes da *Campanha Sobrevivendo à Sepsé* gerou um grande e intenso movimento no serviço de saúde, pois partimos de um antigo Protocolo de Sepsé, que não era utilizado por toda a equipe de saúde.

Estes primeiros contatos com a nova realidade do serviço de saúde me permitiram repensar os momentos da minha trajetória assistencial. Na assistência, pouco tempo eu tinha para avaliar e analisar os exames laboratoriais, atividade que é de grande importância para o cuidado e raciocínio clínico do caso do paciente. Como enfermeira assistencial, eu sabia da importância dessa avaliação, mas as atividades burocráticas, demanda de trabalho elevado, complexidade do cuidado dos pacientes, não permitiram que eu acompanhasse os resultados desses exames, para um melhor conhecimento do cuidado e do agravo que o paciente estava apresentando, e com isso eu não realizava o raciocínio clínico adequado em algumas situações. Impossível não voltar ao passado e fazer essa reflexão, e de como isso auxiliará nesta nova trajetória incluir este debate nas práticas educativas.

Na etapa inicial, a minha primeira dificuldade foi de não saber usar o programa *Excel* com habilidade e nem utilizar todos os recursos que ele contém, e pensar que é um programa fácil de usar. Mas com calma e paciência fui me adaptando e conhecendo o programa, descobrindo alguns truques, com isso, facilitando o trabalho que teria pela frente.

Aí, me reporto para quando fazia a assistência, restrita que era no meu serviço assistencial, cotidiano e rotineiro. As minhas ações muitas vezes eram automáticas, quando me deparava com um paciente com Sepsé Grave na UTI ou em Choque Séptico, cuidava do

paciente pensando em alguns detalhes, como, por exemplo, se o paciente apresentava ausência de diurese, mas não conhecia a *Campanha Sobrevivendo à Sepsis*, eu não tinha conhecimento sobre os pacotes de tratamento e metas a serem cumpridas. A partir disso, vejo que podemos trabalhar de modo diferente na abordagem com os profissionais que estão na assistência, para se darem conta daquilo que eu não me dava quando estava na linha de frente.

A cada dia que passa, tenho muitas ideias de melhoria, mas tenho que trabalhar com cautela. A ansiedade toma conta de mim, querendo modificações, mas minha experiência já fez com que eu aprendesse que temos que ter prudência. Chegou o momento de realmente ir para a realidade e implantar o Protocolo, e que venham as dificuldades. Sei que estou preparada, pois dúvidas irão surgir, tanto dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e equipe médica. Um dos pontos que quero intensificar é a importância da enfermagem, que tem como ganhar espaço, principalmente quando souber realizar uma discussão de caso clínico de igual para igual com todas as equipes multiprofissionais que podem transitar pela sua unidade.

As Rodas me proporcionaram uma intensa vivência. Conhecer a realidade assistencial dos usuários do SUS, conhecer a realidade das unidades. Confesso que foi difícil, muito difícil, trabalhar apenas observando, sem realizar intervenções. Foi um momento de experimentar a enfermagem de outro lugar. As Rodas ativaram um olhar crítico em mim. Comecei a rastrear o erro, vigiando o atendimento prestado. Precisei me dar conta de que naquele momento meu papel era outro.

Nesse momento, não sou mais a enfermeira assistencial, essa não é minha equipe e hoje estou aqui para dar apoio a eles. Tinha que conquistar a equipe, de alguma forma, me aproximar dela, conhecer as pessoas, ganhar a confiança e aliados para poder desenvolver o trabalho, juntamente daquela equipe. Quantas ideias para melhoria para aquela unidade, como poderia fazer isso, devo ou não fazer. Escutar aquela equipe. Quantas coisas “ricas” conseguiram através da liberdade pra eles falarem e serem escutados. Apareceu nos relatos da equipe profissional a necessidade de treinamentos sobre parada cardiorrespiratória.

Após a primeira semana de choque de realidade, além de novas experimentações, também pude observar uma equipe desmotivada, com déficit de qualificação, poucos se destacavam na unidade. Observar os erros que aconteciam, os quais me deixavam muito ansiosa, frustrada, insegura, e uma sensação de como levar isso adiante se o cuidado básico muitas vezes não é realizado. Estas observações demonstram que as práticas educativas em ambiente de trabalho exigem que todos estejam envolvidos, que todos possam participar e que efetivamente compreendam a importância de um Protocolo de Sepsis Grave.

Em algumas situações, realizei intervenções, pois não resistia, ficava muito angustiada com o que via. Em algumas situações, foi preciso sair da unidade e voltar para o meu setor, para avaliar a melhor estratégia para abordar a equipe profissional de uma forma colaborativa, como sendo uma de fora da equipe. Fazer uma análise de por que está dessa forma o atendimento, o que falta para aquelas pessoas que estão lá prestando atendimento de saúde, de que forma posso melhorar aquele serviço, muitos questionamentos brotavam em mim.

Minha trajetória segue. Observo que alguns membros da equipe não sabem definir nem o que é tolerável em relação aos sinais vitais do paciente. Como identificar padrões mínimos e máximos? Decido incluir este item no meu percurso, como pesquisadora em ato. Observo e percebo as dificuldades que o serviço apresenta para de fato garantir mais excelência nos processos de cuidado. E isto implica em também ter conhecimento técnico e científico. É isto que a EPS permite; reconhecer as necessidades de formação, reconhecer de que modo podemos garantir melhores práticas de atenção à saúde.

Essas informações de necessidades das equipes eu repassava para a Enfermeira da EP e para as coordenadoras e líderes das áreas. Algumas ações já foram feitas, mas tem muito ainda para ser desenvolvido.

Ideias? Tenho várias, mas aprendi a me controlar, para não atropelar e não assustar as pessoas. Tenho ideias inovadoras, que não tem custos, e o hospital tem muitos recursos que podemos estar utilizando e as pessoas não fazem. O principal aprendizado é levar essas ideias de maneira que os atores envolvidos as façam surgirem de uma conversa informal de corredor, ou durante um turno de trabalho, quando para-se alguns minutos para ter uma conversa, que muitas vezes pensam que estão jogando conversa fora, mas é desses momentos que surgem grandes feitos, como o de utilizar a Intranet para a divulgação de treinamentos além de cartazes espalhados pelas unidades.

Minhas experiências e trajetórias anteriores me fazem refletir que às vezes, dependendo do modo como organizamos e gerenciamos o trabalho, somos atores da EPS, mesmo sem conseguir identificar que isto é, efetivamente, EPS. Como era minha atividade anterior na assistência, onde fazia a minha equipe pensar no cenário de trabalho, por que estavam fazendo daquela maneira e não de outra.

Quando propus a utilização da Simulação Realística para capacitar a equipe de enfermagem, foi pensando também no foco desse profissional, e utilizar uma didática que fosse rápida e de boa fixação. Fiquei muito feliz que foi muito bem aceita pela enfermagem, mas teria o desafio com a equipe médica, onde iria treinar os Residentes da medicina.

A preparação para esse início de trabalho foi essencial, a participação no curso no Centro de Simulação da Sociedade Israelita Albert Einstein me ajudou muito na construção de cenários. Não tinha recursos para fazer um cenário adequado, mas com vontade e o desejo que desse certo, o treinamento aconteceu.

No decorrer das minhas andanças pelas rodas, sinto que os objetivos foram atingidos, foram feitas alianças, descobertas das fragilidades e das potencialidades do serviço, conseguimos criar alguns caminhos para facilitar a assistência. A intervenção realizada pela equipe de saúde frente às necessidades e complicações de um paciente com Sepsis Grave tem-se dificuldades ainda, como no diagnóstico precoce do paciente.

Quando realizo as avaliações dos casos clínicos visualizo uma melhora importante nos registros em relação a Diagnóstico de Sepsis Grave, mas está ocorrendo em um tempo longo. A falta de comunicação da equipe, as reavaliações dos pacientes na Emergência, que tem capacidade para 20 pacientes, e são atendidos mais que o dobro da sua capacidade, são alguns dos entraves encontrados.

A construção que ocorreu juntamente com o coletivo é prejudicada, pois muitos que construíram, viram o início desse processo, já não trabalham mais na instituição. A importância da EPS é a atuação constante. O aprendizado é pautado também pelos *feedbacks* para os profissionais. Quando ocorre essa possibilidade é muito válido, mas não garante ainda o sucesso do Protocolo de Sepsis Grave na nossa Instituição, agora ferramentas a gente tem, mas a EPS precisa ser ainda mais disseminada e incorporada pelo serviço como uma ferramenta de qualificação da atenção hospitalar.

A avaliação e o monitoramento do Protocolo de Sepsis, será construído com a equipe multiprofissional, será criado o Grupo de Gerenciamento do Protocolo de Sepsis, onde os integrantes são convidados a participar com o intuito de trazer casos, dificuldades do atendimento no dia a dia no manejo do paciente séptico. O Projeto de Sepsis que foi realizado juntamente com a Universidade, também dará o suporte para o Gerenciamento, onde serão discutidos os dados com intuito de publicações científicas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto. As narrativas de si resignificadas pelo emprego do método autobiográfico. In: SOUZA, Elizeu Clementino de; ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto. **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006, p. 149-170.
- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.
- ALMEIDA, Ana Paula da Silva Rodrigues de et. al. Conhecimento do Profissional Enfermeiro a Respeito da Sepse. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 4, n. 4, p.05-10, 2013.
- ASSUNÇÃO, Murillo et al. Survey on physicians' knowledge of sepsis: Do they recognize it promptly?. **Journal of critical care**, v. 25, n. 4, p. 545-552, 2010.
- ARRUDA, Marina P. et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 518-524, 2008.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BEALE, Richard et al. Promoting Global Research Excellence in Severe Sepsis (PROGRESS): lessons from an international sepsis registry. **Infection**, v. 37, n. 3, p. 222-232, 2009.
- BOECHAT, Antônio Luiz; BOECHAT, Narjara de Oliveira. Sepse: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 5, p. 420-7, 2010.
- BONE, Roger C. et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. **Chest Journal**, v. 101, n. 6, p. 1644-1655, 1992.
- BRASIL, Casa Civil. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm#art4](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm#art4)>. Acesso 01 julho 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e Caminhos a percorrer**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Indicadores de Incentivos Municipais do PROESF: Orientações Gerais e Preenchimento do Instrumento de Monitoramento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente Brasília, Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em 01 julho 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente Brasília, Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)>. Acesso em 22 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - Número 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Instituto Latino Americano de Sepse. **Controlando a infecção, sobrevivendo a SEPSE: manual de abordagem inicial da sepse grave e choque séptico**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. 2012.

BRASIL. Casa Civil. **DECRETO Nº 7.082, DE 27 DE JANEIRO DE 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)> Acessado em 01 julho de 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

CARDOSO, Ivana Macedo. " Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl. 1, p. 18-28, 2012.

CASSERLY, Brian et al. Implementing a collaborative protocol in a sepsis intervention program: lessons learned. **Lung**, v. 189, n. 1, p. 11-19, 2011.

CARNEIRO, Vanessa Florencio; BRANT, Luiz Carlos. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 2, p. pag. 494-516, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-177, 2004/ 2005.

CECCIM, Ricardo Burg.; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Btasil. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 107-112.

CHIESA, Anna M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, p. 34-42, 2001.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

DELLINGER, R. Phillip et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. **Intensive care medicine**, v. 34, n. 1, p. 17-60, 2008.

DELLINGER, R. Phillip et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. **Intensive care medicine**, v. 39, n. 2, p. 165-228, 2013.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FANNING, Ruth M.; GABA, David M. The role of debriefing in simulation-based learning. **Simulation in healthcare**, v. 2, n. 2, p. 115-125, 2007.

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família – Experiência do Município de Juiz de Fora/MG**. 2006. 272f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-5, 2003.



FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, v. 12, n. 3, p. 13-20, 2005.

FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 3, p. 21-26, 2003.

FONSECA, Ariadne da Silva et al. Criação e implantação do Centro de Simulação Realística do Centro de Aprimoramento Profissional de Enfermagem: relato de experiência. **Nursing (São Paulo)**, v. 13, n. 154, p. 156-160, 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADOTTI, Moacir. A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção**. 2003. 148f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina. Departamento de Clínica Médica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GONZE, Gabriela Guerra. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice Clasen; DAVINI, Maria Cristina. Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: Reorientacion y tendencias en América Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136-204, 1990.

HOSPITAL São Lucas da PUCRS. [2013?]. Disponível em: <<http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br>>. Acesso em 20 nov. 2013.

ILAS – Instituto Latino Americano de Sepse. [2014?]. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br>>. Acesso em 21 abr. 2014.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 379-84, 2010.

JESUS, Bruna Helena de et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 336-345, 2013.

JOSSO, Marie-Christine. **Experiências de vida e formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

- JOVCHELOVITCH, Sanda; BAUER, Martin W. A entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- KOENIG, Alvaro et al. Estimativa do impacto econômico da implantação de um protocolo hospitalar para detecção e tratamento precoce da sepse grave em hospitais públicos e privados do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 213-9, 2010.
- KOFES, Suely. Uma trajetória em narrativas. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2001
- KUMAR, Anand et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. **Critical care medicine**, v. 34, n. 6, p. 1589-1596, 2006.
- LAGUNA-PÉREZ, Ana et al. Observância e efetividade das intervenções de um protocolo clínico utilizado para pacientes com sepse grave e choque séptico de uma Unidade de Cuidados Intensivos da Espanha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 635-643, 2012.
- LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- LAROSSA, Jorge. Notas sobre narrativa e identidade. **Conferência proferida no 1º Congresso Internacional sobre Pesquisa (Auto) Biográfica**. Porto Alegre, PUCRS, 2004
- LAZZARI D.D; SCHMIDT. N.; JUNG. W; Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. *Rev Enferm. UFSM*, 2012.
- LEVY, Mitchell M. et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. **Intensive Care Medicine**, v. 29, n. 4, 2003.
- LOPES, Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.
- MACHADO, Simone Edi Chaves. Ensino da saúde sob rodas em redes: cenários possíveis da educação superior na profissão do cuidado. Tese (doutorado) – Universidade Federal do rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós Graduação em Educação, 2010, Porto Alegre, BR – RS.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, OUT 2014.
- MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, S. K.; Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)* 2004 set/out;57(5):605-10.
- MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da Proposta Educativa Problematizadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.

MATTOS, André Borges de. Narrativas (auto) biográficas como fonte para pesquisa antropológica: notas para uma reflexão. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 9, n. 105, p. 43-50, 2010.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BURGG CECCIM, Ricardo. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-44, 2008.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PASSEGGI, Maria da Conceição; BARBOSA, Tatyana Mabel Nobre. **Memórias, memoriais: pesquisa e formação docente**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

PENINCK, Paula Pedroso; MACHADO, Regimar Carla. Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 1, 2012.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PERES, Heloísa Helena C.; LEITE, Maria Madalena. J.; GONÇALVES, Vera Lucia M. **Educação Continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional**. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 138-156.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Btasil. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

PORTO Alegre. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Porto\\_Alegre](http://pt.wikipedia.org/wiki/Porto_Alegre)> Acesso em 12 dez. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Porto Alegre**. [2014?]. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em 12 dez. 2014.

PAZ, O. Sórora Juana Inés de la Cruz: as armadilhas da fé. São Paulo: Mandarin, 1998

QUINTANA, P. B., ROSCHKE, Maria Alice Clasen, RIBEIRO, E. C. O. Educacion Permanente, Proceso de Trabajo y calidad de Servicio em Salud. In: HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice Clasen; DAVINI, Maria Cristina. **Educacion permanente de personal de salud**. Washington, DC: OPAS, 1994.

QUILICI, Ana Paula et. al. **Simulação Clínica**: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

RAMOS, Fabiano et al. Sepsis care protocol: initial evaluation at a university hospital in southern Brazil. **Critical Care**, v. 17, n. 4, p. 1-59, 2013.

RIVERS, Emanuel et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. **New England Journal of Medicine**, v. 345, n. 19, p. 1368-1377, 2001.

ROVERE, Mario R. Gestión de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica. **Educación Médica y Salud (OPS)**, v. 27, n. 4, p. 489-515, 1993.

RUDOLPH, Jenny W. et al. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. **Academic Emergency Medicine**, v. 15, n. 11, p. 1010-1016, 2008.

SANTOS, Josilene Fioravanti dos; ALVES, Amanda Pavinski; STABILE, Angelita Maria. Avaliação do conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre sepse. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 850-6, 2012.

SANTOS, Marcia Cristina Brasil et al. Prática educativa no campo da promoção da saúde: potencialidades dos grupos multidisciplinares no contexto hospitalar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 207-219, 2011.

SANTOS, Mateus Casanova; LEITE, Maria Cecília Lorea. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 552, 2010.

SARRETA, Fernanda Oliveira **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA, Cristiane Trivisiol. **Educação Permanente em Saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional**: estudo de caso. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2013.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002.

SILVA, Eliézer. Surviving sepsis campaign: um esforço mundial para mudar a trajetória da sepse grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 4, p. 325-327, 2006.

SILVA, Eliézer et al. Brazilian sepsis epidemiological study (BASES study). **Critical Care**, v. 8, n. 4, p. R251, 2004.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.

SILVA, Simone Chaves Machado da. **Confecções cartográficas de um mosaico mutante: a potência de encontros da educação profissional em saúde**. 2003. 189f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SILVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.

SIQUEIRA, Bruna Franciele. et al. Concepções de enfermeiros referentes à sepse em pacientes em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 5, n. 1, p. 115-121, 2010.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

SOUZA, Alina Maria de Almeida et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: Representação do Brasil, 1991. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1).

SOUZA, Elizeu Clementino. **(Auto)biografia, identidades e alteridade: Modos de narração, escritas de si e práticas de formação na pós-graduação**. **Revista Fórum Identidades**, ano 2, v. 4, p. 37-50, 2008.

SOUZA, Paulo Cesar Pereira de; LEITE, Ciro Mendes; KNIBEL, Marcos Freitas. **Séries Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira: Gestão Qualidade e Segurança em UTI**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

STEIN, Airton Tetelbom. Busca da melhor evidencia e de efetividade no GHC. **Momento & Perspectiva em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 72-73, 2005.

THIESEN, Juares da Silva. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem**. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2008, vol.13, n.39, pp. 545-554. ISSN 1809-449X.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria . **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

WARSCHAUER, Cecília. **Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2001.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et al. Estratégia de detecção precoce e redução de mortalidade na sepse grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 2, p. 113-123, 2010.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

WITTIZORECKI, Elisandro Schultz et al. Pesquisar exige interrogar-se: A narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do (a) pesquisador (a). **Movimento (ESEF/UFRGS)**, v. 12, n. 2, p. 9-33, 2006.

