

PROTOCOLO DE
**SEPSE
MATERNA**



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DA REDE HOPITALAR MATERNO INFANTIL

PROTOCOLO DE SEPSE MATERNA

São Luís
2026

2026. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO

Carlos Orleans Brandão Junior

Secretário de Estado da Saúde

Tiago José Mendes Fernandes

Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

Superintendente de Assistência à Saúde

Luciana Albuquerque de Oliveira

Superintendente de Acompanhamento à Rede de Serviços

Carla Priscila Mendes Barros

Coordenadora da Rede Hospitalar Materno Infantil

Tercia Silva Carvalho

ELABORAÇÃO

Monica Elinor Alves Gama - Médica CRMA/MA 2862, RQE 2559 - Infectologista/CCIH da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão.

Elza Carolina Cruz Sousa Barros - Médica CRMA/MA 5492, RQE 3260 - Infectologista/Pediatra da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão.

Anna Cindy Araújo Leite - Anna Cindy Araújo Leite.

Rafaela Pontes de Albuquerque - Enfermeira COREN/MA 251841 - Enfermeira da Qualidade da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão.

Carlos Antônio Coimbra Sousa - Médico Intensivista CRM 6990, RQE 3997, RQE 6667 - Coordenador da UTI Materna da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão.

REVISORES

Isabela Cristina de Araújo Silva - Enfermeira – COREN/MA 268.232 – Especialista em Qualidade da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSERH.

Ana Caroline Mendes Ramos - Enfermeira - Especialista Qualidade EMSERH.

Luciana Albuquerque de Oliveira - Superintendente de Assistência à Saúde – SAAS/SES

Luciana Artioli Costa - Assessora Especial da Gerência de Assistência à Saúde.

APOIO

Maria Perpétuo Socorro Araújo Braide - Médica Ginecologista/Obstetra, CRM/MA 2551, RQE 5523, TEGO- 184/03 - Diretor(a) Geral/Técnica da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão

Cleimilson Alves da Silva - Médico Ginecologista/Obstetra CRM/MA 4461, RQE 1131 - Diretor Clínico da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão.

Melissa Helena Vieira Faray - Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade- SAAS/SES.

APOIO EDITORIAL

Escola De Saúde Pública Do Maranhão – ESP/MA

Diretora Administrativa

Ana Lúcia Nunes

Diretor Científico

Antônio Carlos Pereira da Silva Júnior

Coordenadora de Tecnologias Educacionais

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

Normalização

Josélia Pereira Rodrigues – Bibliotecária - ESP/MA

Revisão

Marilaine Pereira Santiago – Letróloga - ESP/MA

Diagramação


Bianca Cecília Santos Costa – Designer Gráfica - ESP/MA

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

EAS	- Elementos Anormais e Sedimentoscopia
ILAS	- Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepsé
MACMA	- Maternidade de Alta Complexidade
MARI	- Maternidade de Alto Risco de Imperatriz
MS	- Ministério da Saúde
omSOFA	- <i>Obstetric Modified SOFA</i>
omqSOFA	- <i>Obstetric Modified Quick SOFA</i>
PAM	- Pressão Arterial Média
PCR	- Proteína C Reativa
SOMANZ	- <i>Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand</i>
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 DESCRIÇÃO	12
3.1 Definição de sepse	12
3.2 Contexto obstétrico	12
3.2.1 Triagem clínica (omqSOFA) e avaliação de disfunção (omSOFA)	12
3.3 Reconhecimento e ações imediatas (primeira hora)	13
3.3.1 Antibioticoterapia empírica	13
3.3.2 Ressuscitação volêmica e metas iniciais	15
3.3.3 Vasopressor e suporte de órgãos	15
3.4 Ações secundárias (pacote de 6 horas)	15
3.4.1 Controle de foco	16
3.4.2 Monitorização e reavaliação	16
3.5 Resumo de ações	16
3.5.1 Alocação	17
3.5.2 Critério de alta	17
4 INDICADORES	18
4.1 Indicadores de processo	18
4.2 Indicadores de resultado	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICES	22
APÊNDICE A - FLUXO DE ABERTURA DO PROTOCOLO DE SEPSE MATERNA NA EMERGÊNCIA	23
APÊNDICE B - CHECKLIST CONFERÊNCIA INTERNA DA MALETA KIT DE SEPSE	24
APÊNDICE C - FICHA DE GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE SEPSE	25
APÊNDICE D - PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA MALETA DO KIT DE SEPSE	27
APÊNDICE E - RECEITUÁRIO PARA MALETA DO KIT DE SEPSE	28
APÊNDICE F - FICHA DE GERENCIAMENTO DE INDICADORES - TAXA DE LETALIDADE EM SEPSE MATERNA	29
APÊNDICE G - FICHA DE GERENCIAMENTO DE INDICADORES - TAXA DE LETALIDADE EM CHOQUE SÉPTICO	30
APÊNDICE H - FICHA DE GERENCIAMENTO DE INDICADORES - TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR	31

	PROTOCOLO	DOC Nº SAAS/GERAS / PROT/0023
	PROTOCOLO DE SEPSE MATERNA	VERSÃO 01
		VALIDADE 01/07/2027
<p>ELABORAÇÃO Mônica Elinor Alves Gama</p> <p>Elza Carolina Cruz Sousa Barros</p> <p>Anna Cindy Araújo Leite</p> <p>Rafaela Pontes de Albuquerque</p> <p>Carlos Antônio Coimbra Sousa</p>	<p>CARGO Médica Infectologista da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)</p> <p>Médica Infectologista da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)</p> <p>Enfermeira – Gerente de Qualidade e Segurança da MACMA</p> <p>Enfermeira – Enfermeira da Qualidade da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão</p> <p>Coordenador Clínico da UTI Materna da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão</p>	<p>DATA 01/07/2025</p>
<p>REVISÃO Conselho Regional de Medicina do Maranhão - CRM</p> <p>Luciana Albuquerque de Oliveira</p> <p>Luciana Artioli Costa</p> <p>Izabela Cristina de Araújo Silva</p> <p>Ana Caroline Mendes Ramos</p>	<p>CARGO Médicos do Conselho</p> <p>Superintendente de Assistência à Saúde</p> <p>Assessora Especial da Superintendência de Assistência à Saúde</p> <p>Enfermeira – COREN/MA 268.232 - Especialista em Qualidade da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSERH</p> <p>Enfermeira Especialista Qualidade EMSERH</p>	<p>DATA 01/07/2025</p>
<p>APROVAÇÃO Tiago José Mendes Fernandes</p> <p>Katia Cristina de Castro Veiga Trovão</p>	<p>CARGO Secretário de Estado da Saúde</p> <p>Secretária Adjunta de Assistência à Saúde</p>	<p>DATA 01/07/2025</p>

RESPONSÁVEIS Médicos, enfermeiros, equipes de recepção hospitalar e profissionais da regulação estadual, envolvidos diretamente nos fluxos de encaminhamento, acolhimento e internação obstétrica.	DISTRIBUIDO PARA Todas as Maternidades e serviços hospitalares de referência obstétrica do Estado do Maranhão.
--	--

APRESENTAÇÃO

A sepse materna é uma condição grave caracterizada pela infecção generalizada que afeta a mulher durante ou após o parto. Ela ocorre quando o organismo da gestante responde de forma exagerada a uma infecção confirmada ou suspeita, levando à disfunção de múltiplos órgãos e, em casos extremos, podendo resultar em óbito. Essa condição é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no mundo (Evans *et al.*, 2021).

A identificação precoce, o tratamento imediato com antibióticos e suporte intensivo são fundamentais para reduzir o risco de complicações e melhorar o prognóstico da sepse materna. A prevenção, com cuidados adequados durante o pré-natal e o parto, é essencial para minimizar as complicações associadas a essa condição (Brasil, 2017).

Em virtude disso, este Protocolo foi elaborado para padronizar o manejo da sepse materna nas maternidades e hospitais com perfil obstétrico no estado do Maranhão.

1 INTRODUÇÃO

A sepse materna constitui uma das principais causas evitáveis de morbimortalidade materna no mundo e permanece como desafio relevante para os sistemas de saúde, especialmente em países de média e baixa renda. No Brasil, apesar dos avanços na cobertura obstétrica e na ampliação do acesso à atenção hospitalar, as mortes por causas infecciosas ainda representam parcela significativa dos óbitos maternos. Dados nacionais apontam que falhas no reconhecimento precoce, na antibioticoterapia oportuna e na articulação entre os diferentes níveis de atenção figuram entre os principais determinantes dessas mortes (Rio de Janeiro, 2025). No Maranhão, o cenário reflete o mesmo padrão, com óbitos evitáveis relacionados a sepse obstétrica e complicações infecciosas do ciclo gravídico-puerperal, reforçando a necessidade de protocolos institucionais uniformes e aplicáveis à beira do leito.

A *Surviving Sepsis Campaign* define sepse como uma disfunção orgânica potencialmente fatal resultante de uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção, ressaltando que a gravidade está associada à disfunção circulatória, celular e metabólica que compromete a perfusão tecidual (Evans *et al.*, 2021). Essa conceituação substitui classificações anteriores e orienta uma abordagem centrada no reconhecimento precoce e na intervenção imediata. O manejo recomendado baseia-se na implementação do *hour-1 bundle*, que inclui a mensuração do lactato sérico, a coleta de culturas antes da antibioticoterapia (sem retardar seu início), a administração de antimicrobianos de amplo espectro nos primeiros 60 minutos, a reposição volêmica inicial com cristaloides e o uso precoce de vasopressores quando necessário para manter perfusão adequada (SBIB, 2024).

No ciclo gravídico-puerperal, as modificações fisiológicas próprias da gestação — como aumento da frequência cardíaca, redução da pressão arterial e alterações respiratórias — podem mascarar os sinais iniciais de disfunção orgânica e atrasar o diagnóstico (SBIB, 2024). Diante disso, a *Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand* (SOMANZ) propôs a adaptação dos escores de triagem e avaliação clínica, criando o *obstetric modified qSOFA* (omqSOFA) e o *obstetric modified SOFA* (omSOFA), que ajustam parâmetros laboratoriais e hemodinâmicos às particularidades maternas (Bowyer *et al.*, 2017). Tais instrumentos aprimoram a sensibilidade diagnóstica e orientam condutas mais precoces e seguras em gestantes e puérperas.

Em consonância com essas evidências, publicações recentes como a de Lazzaro *et al.* (2025) reforçam a necessidade de integrar a abordagem infecciosa obstétrica aos princípios de segurança do paciente, incorporando medidas preventivas no perioperatório e na assistência pós-cesariana. De forma complementar, o Manual de Emergências Obstétricas do Município do Rio de Janeiro (2025) destaca a importância da articulação entre obstetrícia, enfermagem, laboratório, unidade de terapia intensiva e neonatologia, assegurando fluxos rápidos de reconhecimento e tratamento.

O Protocolo de Sepse Materna do Estado do Maranhão foi concebido para padronizar o diagnóstico, a abordagem terapêutica e a resposta assistencial frente à suspeita ou confirmação de sepse em gestantes e puérperas, em todas as maternidades da rede estadual. Seu propósito é garantir o reconhecimento precoce e a intervenção imediata, com antibioticoterapia tempestiva, reposição volêmica adequada, vigilância materno-fetal contínua e comunicação

efetiva entre os níveis de cuidado. Ao fortalecer a integração multiprofissional e a uniformização das condutas clínicas, este protocolo busca reduzir de forma significativa a morbimortalidade materna e neonatal por sepse, consolidando uma prática assistencial segura, baseada em evidências e alinhada à realidade operacional do Sistema Único de Saúde do Maranhão (ANVISA, 2023).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estabelecer diretrizes padronizadas para a identificação precoce, manejo adequado e monitoramento da sepse materna, com foco na redução da morbimortalidade materna, melhoria da qualidade da assistência obstétrica e promoção da segurança das pacientes nas maternidades e hospitais com perfil obstétrico no estado do Maranhão.

2.2 Específicos

- a) Padronizar critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico precoce da sepse em gestantes, puérperas e parturientes, alinhando com protocolos nacionais e internacionais.
- b) Garantir a atuação rápida e coordenada da equipe multiprofissional, por meio de fluxos assistenciais claros e acionamento de protocolo de resposta rápida.
- c) Assegurar a administração de antibiótico empírico de amplo espectro nos primeiros 60 minutos após a suspeita clínica, conforme recomendações do Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse (ILAS) e do Ministério da Saúde (MS).
- d) Reduzir o tempo porta-antibiótico e otimizar a coleta de culturas antes do início da antibioticoterapia, sem comprometer a eficácia do tratamento.
- e) Implementar o uso sistemático da ferramenta *Obstetric Modified Quick SOFA* (om-q-SOFA) como instrumento de triagem precoce e estratificação de risco em gestantes, puérperas e parturientes.
- f) Capacitar e sensibilizar continuamente os profissionais da maternidade sobre sepse materna, promovendo uma cultura de vigilância ativa e resposta rápida.
- g) Monitorar os desfechos clínicos relacionados à sepse materna, por meio de indicadores assistenciais e eventos sentinela, visando ações corretivas e preventivas.
- h) Fortalecer a comunicação entre os níveis de atenção à saúde, garantindo que gestantes com condições clínicas de risco sejam referenciadas adequadamente para manejo especializado.
- i) Contribuir para o alcance das metas de redução da mortalidade materna no estado do Maranhão, por meio de intervenções baseadas em evidências e na integralidade do cuidado.

3 DESCRIÇÃO

3.1 Definição de sepse

Sepse é disfunção orgânica potencialmente fatal causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção, com repercussões hemodinâmicas, metabólicas e imunológicas que comprometem a perfusão tecidual. A abordagem atual centra-se no reconhecimento precoce e na intervenção imediata conforme o pacote da primeira hora (*The Process Investigators*, 2014).

3.2 Contexto obstétrico

As adaptações fisiológicas da gestação (aumento da frequência cardíaca, redução relativa da pressão arterial, alterações ventilatórias) podem mascarar sinais precoces de disfunção orgânica e atrasar o diagnóstico (Bircher, 2022). Ferramentas de triagem adaptadas ao período gravídico-puerperal melhoram a detecção precoce em maternidades (Bowyer *et al.*, 2017).

3.2.1 Triagem clínica (omqSOFA) e avaliação de disfunção (omSOFA)

A SOMANZ propõe versões obstétricas do qSOFA e do SOFA (omqSOFA e omSOFA), ajustando limiares clínicos e laboratoriais à fisiologia da gestação para aumentar a sensibilidade de triagem e orientar condutas iniciais seguras (Bowyer *et al.*, 2017). A utilização operacional desses escores deve ser integrada à avaliação clínica e ao julgamento multiprofissional à beira do leito (Evans *et al.*, 2021).

Quadro 1 - omq-SOFA.

PARÂMETRO	Pontua 0	Pontua 1
Pressão arterial	≥ 90mmHg	< 90mmHg
Frequência respiratória	< 25irpm	≥ 25irpm
Alteração do sensório	Alerta	Não alerta

Fonte: Adaptado de Bowyer *et al.* (2017).

Pontuação acima de 2 no omq SOFA = Suspeita de Sepse

A partir deste estágio, presume-se avaliação médica e solicitação dos exames do pacote de sepse, são eles:

- Gasometria arterial com lactato;
- Hemograma completo;
- Sódio;

- d) Potássio;
- e) Glicemia atual;
- f) Coagulograma;
- g) Ureia e Creatinina;
- h) Proteína C Reativa (PCR);
- i) Bilirrubinas total e fração;
- j) Urina tipo 1 (Elementos Anormais e Sedimentoscopia - EAS)*;
- k) Urocultura com antibiograma*;
- l) Procalcitonina, caso disponível;
- m) Hemoculturas (4 amostras, 2 para anaeróbio e 2 para aeróbios), caso disponível;
- n) Culturas de sítios suspeitos, caso disponível.

Quadro 2 - om-SOFA.

PARÊMÉTRO	Pontua 0	Pontua 1	Pontua 2
PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	≥ 400	300 a < 400	< 300
Plaquetas (10 ³ /mm ³)	≥ 150	100–150	< 100
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 70	< 70	Necessário vasopressores
Alteração do sensório	Alerta	Ativo por voz	Despertável pela dor
Bilirrubina (mg/dl)	≤ 1,2	1,2–1,9	> 1,9
Creatinina (mg/dl)	≤ 1,0	1,0–1,36	> 1,36

Fonte: Adaptado de Bowyer *et al.* (2017).

Pontuação acima de 2 no om SOFA = Sepse

3.3 Reconhecimento e ações imediatas (primeira hora)

A SSC recomenda iniciar, na primeira hora, mensuração de lactato, coleta de hemoculturas e culturas de sítio provável antes do antibiótico (sem atrasar seu início), administração de antimicrobianos de amplo espectro e ressuscitação com cristaloides, com uso de vasopressor quando necessário para manter perfusão adequada (CDC, 2025). A repetição do lactato é indicada quando o valor inicial estiver elevado, para avaliar clareamento e resposta terapêutica (Evans *et al.*, 2021).

3.3.1 Antibioticoterapia empírica

A antibioticoterapia deve ser iniciada até 60 minutos após o reconhecimento de sepse, cobrindo patógenos prováveis conforme sítio de infecção e epidemiologia local, com posterior ajuste dirigido a culturas e sensibilidade (ILAS, 2024). Em obstetrícia, recomenda-se alinhar o

regime empírico às situações de maior risco perioperatório e puerperal, com ênfase no pós-cesariana, adotando esquemas que contemplem cobertura mista quando indicado e políticas de uso racional de antimicrobianos (Evans *et al.*, 2021; Brasil, 2017).

Quadro 3 - Guia de drogas antimicrobianas utilizadas.

GUIA DE ANTIMICROBIANO		
FOCO	TERAPIA EMPÍRICA	TEMPO DE TRATAMENTO
CAUSAS OBSTÉTRICAS	Clindamicina 900mg EV 8/8 horas ou 600mg de 6/6 horas: • Diluição: SF 0,9% e SG 5% 100ml; • Tempo de infusão: 60 minutos.	7 – 10 dias
	Gentamicina 5mg/kg/dia EV 24/24 horas: • Diluição: SF 0,9% e SG 5% 100ml; • Tempo de infusão: 60 minutos.	
	Penicilina Cristalina 5.000.000UI EV 6/6 horas ou Ampicilina 1g a 2g EV 6/6h.	
Pulmonar	Ceftriaxona 1g 12/12h + Claritromicina 500mg 12/12h (OU Azitromicina 500mg 1x ao dia) OU *Levofloxacino 750mg 1x ao dia.	7 dias Obs.: azitromicina por 5 dias.
	Atenção: Se pneumonia aspirativa – Ceftriaxona 1G 12/12h + Clindamicina 600mg 6/6h	
Urinário	Ceftriaxona 1g 12/12h OU Ciprofloxacino 400mg 12/12h	7 dias
Abdominal	Ceftriaxona 1g 12/12h + Metronidazol 500mg 8/8h OU Ciprofloxacino 500mg 12/12h + Metronidazol *Ampicilina 2g 4/4h	7 a 10 dias
Pele e partes moles	Oxacilina 2g 4/4h OU Cefalotina 2g 4/4h	7 a 10 dias
	Atenção: Em caso de suspeita de fascíte necrotizante: Ceftriaxona 1g 12/12h + Clindamicina 600mg 6/6h	
Sem foco definido	Ceftriaxona 1g 12/12h	

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Legenda: *Cobrir Enterococcus se: bacteremia ou gram da coleção com cocos gram positivos; má resposta clínica inicial; peritonite terciária; pacientes com prótese valvar.

3.3.2 Ressuscitação volêmica e metas iniciais

A reposição inicial com cristaloides visa restaurar a perfusão e macrocirculação, com reavaliações seriadas clínicas e hemodinâmicas para ajustar volume e necessidade de vasopressor, priorizando a manutenção de Pressão Arterial Média (PAM) suficiente para perfusão de órgãos (Rio de Janeiro, 2025). A estratégia deve ser individualizada, evitando sobrecarga hídrica, sobretudo em pacientes com risco respiratório aumentado no puerpério (Rio de Janeiro, 2025; Evans *et al.*, 2021). Punção venosa de dois acessos calibrosos (G18, G16 ou G14).

- Ressuscitação volêmica, quando houver hipoperfusão ou hipotensão. A recomendação é a infusão de 30 ml/kg em 3h. A administração de volume em mulheres grávidas deve ser realizada com cristalóide, preferencialmente, Ringer com Lactato. Caso indisponível, soro fisiológico 0,9% NaCl ou Ringer simples. A expansão volêmica, em gestantes, deve ser realizada com cautela, levando em consideração que a pressão oncótica colóide é menor, podendo elevar o risco para um edema pulmonar.

3.3.3 Vasopressor e suporte de órgãos

Quando a perfusão se mantém inadequada após reposição inicial, recomenda-se vasopressor para restaurar a pressão arterial alvo e otimizar a perfusão, com monitorização contínua e ajustes conforme resposta (Rio de Janeiro, 2025). O suporte de órgãos (respiratório, renal e hemodinâmico) integra o manejo escalonado em serviços com retaguarda intensiva:

- É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, a noradrenalina deve ser iniciada em veia periférica em concentração de 0,016 mg/ml (1 amp + 246 ml de Soro Fisiológico), enquanto se providencia o acesso venoso central;
- O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de noradrenalina. Em doses superiores a 0,2 mcg/kg/min deve ser adicionada Hidrocortisona 100 mg a cada 12h. Quando essa dose superar 0,5 mcg/kg/min, deve ser adicionada Vasopressina como estratégia poupadora de catecolaminas, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido com diminuição da resistência vascular. A dobutamina pode ser utilizada quando existe evidência de baixo débito cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central (Rio de Janeiro, 2025; Brasil, 2017).

3.4 Ações secundárias (pacote de 6 horas)

O pacote de 6 horas no manejo da sepse envolve uma abordagem hemodinâmica intensiva voltada para a restauração da perfusão tecidual. Após a identificação inicial e o cumprimento do pacote da primeira hora, procede-se à reavaliação hemodinâmica contínua, utilizando parâmetros dinâmicos de responsividade a fluidos. Se houver sinais de hipoperfusão persistente, administra-se fluidos adicionais guiados por esses indicadores, evitando tanto hipovolemia quanto sobrecarga. Persistindo a instabilidade, deve-se iniciar vasopressores pre-

cocemente para alcançar e manter uma PAM ≥ 65 mmHg, com noradrenalina como primeira escolha. A evolução nas primeiras horas exige monitorização seriada do lactato, avaliação da perfusão periférica, da diurese e do desempenho cardíaco por ecocardiografia. As condutas subsequentes são ajustadas conforme a resposta clínica, incluindo titulação de vasopressores, uso de inotrópicos quando necessário e reavaliação sistemática da fonte infecciosa, garantindo controle adequado por drenagem, intervenção cirúrgica ou substituição de dispositivos. Essa estratégia integrada visa impedir a progressão para disfunção orgânica irreversível e melhorar desfechos clínicos em curto prazo.

3.4.1 Controle de foco

Identificar e controlar o foco infeccioso precocemente reduz falhas terapêuticas e recorrências, incluindo medidas cirúrgicas, drenagem e remoção de dispositivos quando indicado (ANVISA, 2023). No contexto obstétrico, a integração com protocolos perioperatórios e cuidados de ferida pós-cesariana é determinante para prevenir complicações e tratar infecções estabelecidas (Evans *et al.*, 2021; Brasil, 2017).

3.4.2 Monitorização e reavaliação

A reavaliação sistemática nas primeiras horas, com revisão de parâmetros clínicos, hemodinâmicos e laboratoriais, orienta ajustes de fluido, antimicrobianos e suporte, e deve ser documentada de forma padronizada para sustentar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

3.5 Resumo de ações

1) Bundle da Primeira Hora

- a) Mensuração inicial do lactato — Avaliar hipoperfusão e identificar gravidade.
- b) Coleta de hemoculturas — Realizar antes do início do antimicrobiano.
- c) Coleta de culturas do sítio provável — Quando aplicável, sem atrasar a antibioticoterapia.
- d) Início imediato de antimicrobianos de amplo espectro — Preferencialmente dentro da primeira hora do reconhecimento.
- e) Ressuscitação volêmica com cristaloides — Administrar rapidamente em suspeita de hipoperfusão.
- f) Início de vasopressor se necessário — Manter perfusão adequada quando hipotensão persiste após volume.
- g) Repetição do lactato — Indicada se o valor inicial estiver elevado, para avaliar clareamento.

2) **Bundle das Seis Horas**

Medida — Descrição

- a) Reavaliação hemodinâmica contínua — Usar parâmetros dinâmicos (elevação passiva das pernas, VTI, veia cava, variabilidade pressórica).
- b) Administração adicional de fluidos — Quando houver hipoperfusão persistente, guiada por metas dinâmicas.
- c) Início ou titulação de vasopressores — Objetivo de PAM \geq 65 mmHg; noradrenalina como primeira escolha.
- d) Hemodinâmica avançada — Avaliação seriada do lactato, perfusão periférica, débito urinário e ecocardiografia.
- e) Ajustes terapêuticos conforme resposta — Inclui titulação de vasopressores e uso de inotrópicos quando indicado.
- f) Reavaliação da fonte infecciosa — Controle de foco com drenagem, intervenção cirúrgica ou troca de dispositivos.

3.5.1 Alocação

Todos os pacientes com suspeita de sepse devem ser admitidos e internados, preferencialmente, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na ausência de leito de UTI, pode-se realizar o acompanhamento em sala de estabilização ou enfermaria com suporte de monitorização.

Obs.: As pacientes que necessitarem de leito de UTI devem ser reguladas para Maternidade de Alta Complexidade (MACMA), Maternidade de Alto Risco de Imperatriz (MARI) ou Alarico Pacheco, dependendo da localização do Hospital/Maternidade de origem.

3.5.2 Critério de alta

Melhora clínica, estabilidade hemodinâmica e respiratória, sem dependência de medidas de suporte hemodinâmico ou respiratório.

4 INDICADORES

4.1 Indicadores de processo

- 1) Coleta do PACOTE SEPSE 1h: em até 15 minutos do diagnóstico de sepse;
- 2) Administração de antibioticoterapia em até 60 minutos;
- 3) Reposição volêmica (30 ml/Kg em 30 minutos ou conforme avaliação clínica) com lactato arterial maior que 18 mg/dL (> 2mmol/L) ou PAM < 65 mmHg;
- 4) Uso de vasopressores (PAM > 65 mmHg) nos pacientes com lactato arterial maior que 18 mg/dL (>2mmol/L) ou PAM < 65 mmHg, que permanecem hipotensos após volume;

4.2 Indicadores de resultado

1) Letalidade em sepse:

- a) Numerador: pacientes que evoluíram a óbito após serem incluídos no protocolo;
- b) Denominador: pacientes incluídos no protocolo.

2) Letalidade em choque séptico:

- a) Numerador: pacientes que evoluíram a óbito após serem incluídos no protocolo e que tiveram diagnóstico de choque séptico;
- b) Denominador: pacientes incluídos no protocolo E que tiveram diagnóstico de choque séptico.

3) Mortalidade intra-hospitalar:

- a) Numerador: pacientes que evoluíram a óbito após serem incluídos no protocolo;
- b) Denominador: total de saídas hospitalares no período.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sepse materna é uma das principais causas de morbidade e mortalidade durante o período gestacional e pós-parto, sendo essencial um protocolo bem estruturado para diagnóstico e manejo imediato. O protocolo de sepse materna da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão deve ser visto como uma ferramenta vital para a identificação precoce, tratamento adequado e, principalmente, prevenção de complicações graves para a mãe e o recém-nascido.

É fundamental que todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento às gestantes e puérperas estejam cientes dos sinais e sintomas iniciais da sepse, a fim de garantir uma resposta rápida e eficaz. A abordagem multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais, é essencial para a implementação bem-sucedida do protocolo e a redução das taxas de mortalidade materna.

A educação continuada e o treinamento regular das equipes são componentes cruciais para o sucesso do protocolo, além de garantir a atualização constante sobre novas evidências científicas e recomendações internacionais. A comunicação clara e eficiente entre os membros da equipe e com os pacientes também é indispensável para otimizar o cuidado e garantir a adesão ao tratamento.

Por fim, é importante ressaltar que, além do tratamento adequado, a prevenção da sepse materna passa pela melhoria das condições de higiene, acompanhamento pré-natal rigoroso e monitoramento constante durante o pós-parto. A adoção de práticas seguras e a conscientização sobre a sepse podem impactar significativamente a redução de casos graves e garantir a saúde e o bem-estar materno e infantil.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Diretriz nacional para elaboração de programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos em serviços de saúde.** Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/DiretrizGerenciamentoAntimicrobianosANVISA2023FINAL.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2025.
- BIRCHER, C. **Joint Trust guideline for the use of the Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in detecting the seriously ill and deteriorating woman.** Norfolk: NNUH NHS Foundation Trust, 2022. Disponível em: <https://www.nnuh.nhs.uk/publication/download/modified-early-obstetric-warning-score-meows-mid33-ao13-v7/>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BOWYER, L. *et al.* SOMANZ guidelines for the investigation and management of sepsis in pregnancy. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [S. l.], v. 57, n. 5, p. 540–551, 2017. DOI: 10.1111/ajo.12646. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28670748/>. Acesso em: 7 ago. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecção puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Caderno_8_-_Medidas_de_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Crit%C3%A9rios_Diagn%C3%B3sticos_de_Infec%C3%A7%C3%B5es_Puerperais_em_Partos_Vaginais_e_Cirurgia_Cesariana.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Caring for patients with sepsis.** Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/sepsis/hcp/clinical-care/index.html>. Acesso em: 18 dez. 2025.
- EVANS, L. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. **Intensive Care Med.**, [S. l.], v. 47, n. 11, p. 1181-1247, nov. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599691/>. Acesso em: 18 jun. 2025.
- INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE - ILAS. **Guia prático de terapia antimicrobiana na sepse** [livro eletrônico]. 3. ed. São Paulo: Instituto Latino Americano de Sepsis, 2024. Disponível em: <https://www.ilas.org.br/materiais-adulto.php>. Acesso em: 18 jun. 2025.
- LAZZARO, A. *et al.* Reducing post-cesarean sepsis: Current best practice in prevention and treatment. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 171, n. 2, p. 517–527, nov. 2025. doi:10.1002/ijgo.70500. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.70500>. Acesso em: 7 ago. 2025
- RIO DE JANEIRO (Município). **Manual de emergências obstétricas.** Rio de Janeiro: Município de Rio de Janeiro, 2025. ISBN 978-65-983621-2-6
- SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA – SBIB. Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE. **Protocolo gerenciado de sepse e choque séptico no paciente adulto.** São Paulo: HIAE, 2024. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/_layouts/download.aspx?SourceUrl=/pratica-medica/DocumentosDiretrizesAssistenciais/Protocolo%20Gerencia-

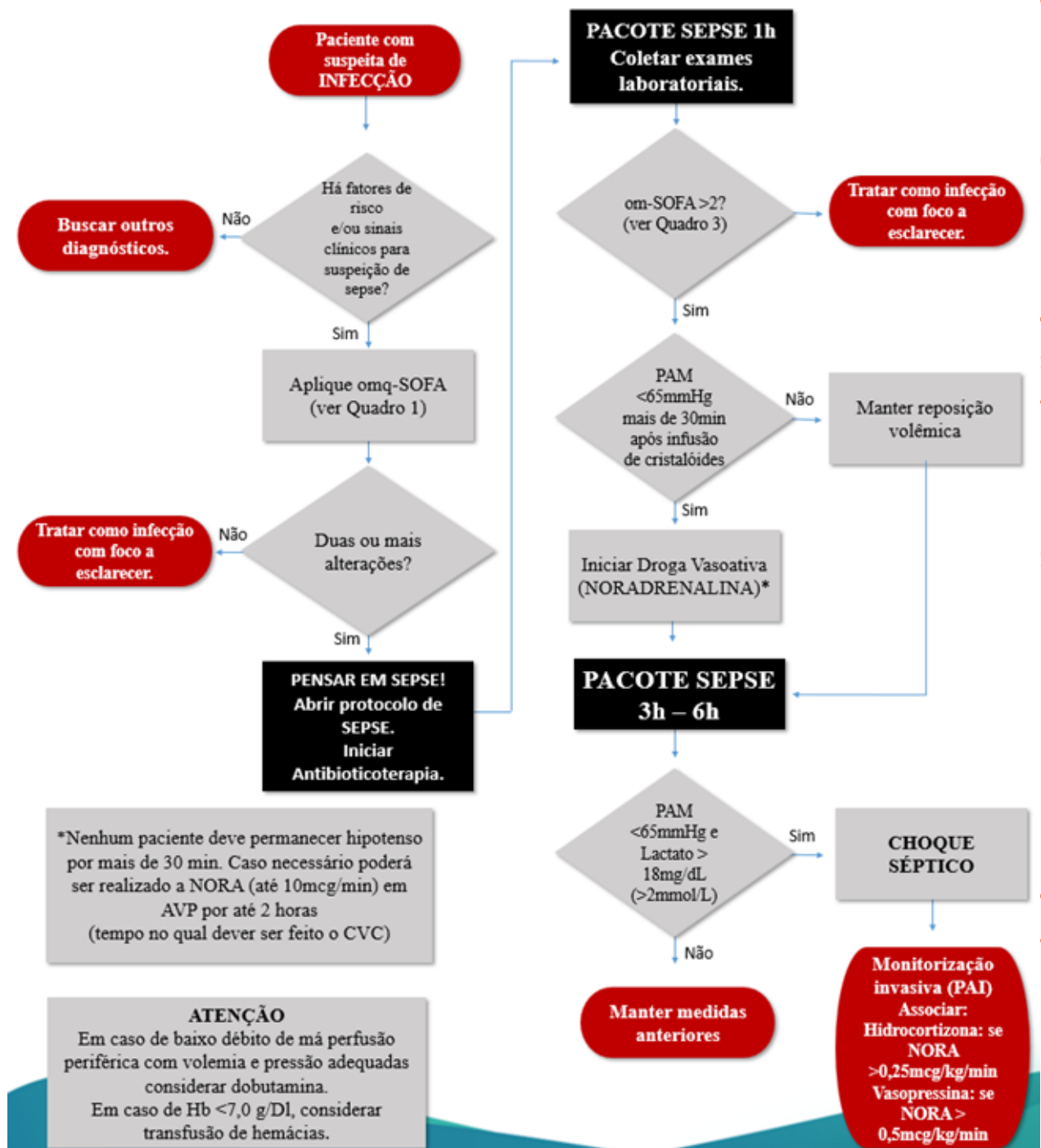
do%20de%20Sepse%20e%20Choque%20Septico%20no%20Paciente%20Adulto.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025

THE PROCESS Investigators. A randomized trial of protocol-based care for early septic shock. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 370, n. 18, p. 1683–1693, 2014. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1401602>. Acesso em: 7 ago. 2025.

APÊNDICES



APÊNDICE A - FLUXO DE ABERTURA DO PROTOCOLO DE SEPSE MATERNA NA EMERGÊNCIA



APÊNDICE B – CHECKLIST CONFERÊNCIA INTERNA DA MALETA KIT DE SEPSE

GOVERNO DO MARANHÃO TRABALHANDO PARA TODOS		CHECKLIST KIT SEPSE CONFERÊNCIA INTERNA - MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
UNIDADE:		SETOR:	
ITENS DE VERIFICAÇÃO INTERNA - MALETA			
MEDICAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
GENTAMICINA			
CLINDAMICINA			
CEFTRIAXONA			
RINGER COM LACTATO OU CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	6		
NORADRENALINA	1		
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100 ML	1		
MATERIAIS	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
RECEITUÁRIO PADRÃO - EXAMES LABORAT.	2 VIAS		
PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA PADRÃO	2 VIAS		
JELCO (Nº 14, 16, 18)	2 DE CADA		
AGULHA (Nº 25X6, 30X8, 40X12)	4 DE CADA		
SERINGA 5ML E 20ML	2 DE CADA		
TORNEIRINHA	2		
POLIFIX ADULTO	2		
EQUIPO MACROGOTAS	2		
CONTROLE DE ABERTURA DO KIT EM INTERCORRÊNCIAS - REVISÃO PELO SETOR			
ENFERMEIRO ASSINATURA E CARIMBO	Nº DO LACRE ROMPIDO	Nº DO NOVO LACRE	
DATA: ____/____/____			
CONTROLE DE ABERTURA MENSAL - REVISÃO PELO FARMACÊUTICO E ENFERMEIRO DO SETOR			
FARMACÊUTICO ASSINATURA E CARIMBO	ENFERMEIRO ASSINATURA E CARIMBO	Nº DO LACRE ROMPIDO	
_____	_____	_____	
		Nº DO NOVO LACRE	

DATA: ____/____/____			

APÊNDICE C – FICHA DE GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE SEPSE

**FICHA DE GERENCIAMENTO DO
PROTOCOLO DE SEPSE MATERNA**


Unidade de Saúde:		
Nome completo da Paciente:		Data de nascimento:
Data:	Hora abertura do protocolo:	Setor:

1º PONTO DE AVALIAÇÃO: Qual o foco provável/confirmado?				
<input type="checkbox"/> Sem foco definido	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Endocardite () Infecção de ferida operatória	
<input type="checkbox"/> Pneumonia/ Empiema	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória	
<input type="checkbox"/> Pele e partes moles	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória	
<input type="checkbox"/> Infecção abdominal aguda	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória	
<input type="checkbox"/> Infecção de prótese	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória	
<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória	
<input type="checkbox"/> Outras infecções:	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção óssea/ articular	<input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória	
2º PONTO DE AVALIAÇÃO: Critérios do omq-SOFA Hora do omq-SOFA: h				
<input type="checkbox"/> Frequência respiratória \geq 25irpm	Paciente apresenta 2 ou mais critérios?			
<input type="checkbox"/> Alteração do sensório (Não alerta)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Pressão sistólica $<$ 90 mmHg				
3º PONTO DE AVALIAÇÃO: Pontuação do om-SOFA Hora do om-SOFA: :				
Paciente apresenta dois ou mais pontos no SOFA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
SISTEMA	0	1	2	OBSERVAÇÕES
Relação PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	<input type="checkbox"/> \geq 400	<input type="checkbox"/> 300 a $<$ 400	<input type="checkbox"/> $<$ 300	Gasometria arterial (FiO ₂ a.a.=21%)
Creatinina (mg/dl)	<input type="checkbox"/> \leq 1,0	<input type="checkbox"/> 1,0 - 1,36	<input type="checkbox"/> $>$ 1,36	
Bilirrubina (mg/dl)	<input type="checkbox"/> \leq 1,2	<input type="checkbox"/> 1,2 - 1,9	<input type="checkbox"/> $>$ 1,9	
Pressão arterial média (mmHg)	<input type="checkbox"/> \geq 70	<input type="checkbox"/> $<$ 70mmHg	<input type="checkbox"/> Necessário vasopressores	PAM: (PAS + 2X PAD) / 3
Plaquetas (10 ⁹ /mm ³)	<input type="checkbox"/> \geq 150	<input type="checkbox"/> 100–150	<input type="checkbox"/> $<$ 100	Considerar alteração mesmo em pacientes com sangramento
Alteração do sensório	Alerta	Ativo por voz	Despertável pela dor	
PONTUAÇÃO TOTAL DO om-SOFA:				

FICHA DE GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE SEPSE MATERNA

CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS NA 1ª HORA				
Exames do pacote foram coletados em 15 minutos?	Hora: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Hemocultura foi coleta antes do antibiótico?	Hora: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Se lactato > 18mg/dl ou PAM <65mmHg, foi iniciado 30ml/kg de cristalóide?	Hora: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Se PAM < 65mmHg por mais de 30 min e após infusão de no mínimo 5ml / kg de volume foi iniciado noradrenalina?	Hora: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica

CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS NA 3ª HORA		
Após infusão completa de volume em até 3h, mantido noradrenalina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	Hora: ____:____
Volume total administrado em 30min:	PA Pré-Expansão _____ x _____	Hora: ____:____
	PA Pós-30min _____ x _____	Hora: ____:____
Volume administrado em 3h:	PA Pré-Nora: _____ x _____	Hora: ____:____
	PA Pós-30min de Nora: _____ x _____	Hora: ____:____

META PARA SEIS HORAS – ESTABILIZAÇÃO DA PRESSÃO E REDUÇÃO DO LACTATO	
Objetivo alcançado ao final das seis horas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Motivo:	
Lactato inicial: _____	Desfecho final: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Permanência na Unidade
Lactato de 3 horas: _____	
Lactato de 6 horas: _____	

Enfermeira
(Assinatura e carimbo)

Médico
(Assinatura e carimbo)

APÊNDICE D – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA MALETA DO KIT DE SEPSE

NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO:	ALÉRGIA:
SETOR:	DATA DA PRESCRIÇÃO:
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
01	DIETA ZERO
02	SORO RINGER LACTATO - 500 ML – EV RÁPIDO, 30 ML/KG POR QUILO EM 3 HORAS. (POR EXEMPLO, PCT DE 70 KG, DEVE RECEBER 4 FRASCOS EM 3 HORAS)
03	NORADRENALINA PERIFÉRICA – 1 AMP + 246 ML SG 5% EV EM BOMBA DE INFUSÃO POR ACESSO VENOSO CALIBROSO (RECÉM PUNÇIONADO, TROCAR POR UM CENTRAL LOGO QUE POSSÍVEL). QUANDO O PACIENTE ESTIVER COM O CVC ALTERAR PARA: NORADRENALINA SIMPLES 2 AMP + 92 ML EV POR CVC EM BIC
04	ANTIBIÓTICOTERAPIA CONFORME FONTE DE INFECÇÃO E ESQUEMA DO PROTOCOLO DE HPP ANTIBIÓTICO: _____
05	QUANTIFICAR DÉBITO URNIÁRIO, PASSAR SONDA VESICAL DE DEMORA
06	MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE SSVV

APÊNDICE E – RECEITUÁRIO PARA MALETA DO KIT DE SEPSE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: _____

- ✓ Gasometria arterial com lactato
- ✓ Hemograma completo
- ✓ Sódio
- ✓ Potássio
- ✓ Glicemia atual
- ✓ Coagulograma
- ✓ Ureia e Creatinina
- ✓ PCR
- ✓ Bilirrubinas total e fração
- ✓ Urina tipo 1 (EAS)
- ✓ Urocultura com antibiograma
- ✓ Procalcitonina
- ✓ Hemoculturas (4 amostras, 2 para anaeróbio e 2 para aeróbios)
- ✓ Culturas de sítios suspeitos.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

APÊNDICE F – FICHA DE GERENCIAMENTO DE INDICADORES - TAXA DE LETALIDADE EM SEPSE MATERNA

NOME DO INDICADOR	Taxa de Letalidade em Sepse Materna
SETOR RESPONSÁVEL	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) / Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) / Serviço de Obstetrícia.
DATA DA CRIAÇÃO	25/09/2025 (Versão I).
OBJETIVO DO INDICADOR	Monitorar e avaliar a proporção de óbitos maternos entre as mulheres diagnosticadas com sepse, visando identificar falhas na assistência, subsidiar planos de ação e contribuir para a redução da mortalidade materna associada à condição.
POPULAÇÃO-ALVO	Gestantes, parturientes e puérperas atendidas na instituição com diagnóstico de sepse (confirmado ou provável).
FÓRMULA DO CÁLCULO	$(\text{Número de óbitos por sepse materna no período} / \text{Total de casos de sepse materna no período}) \times 100$
NÚMERADOR	Número de óbitos por sepse materna no período analisado.
DENOMINADOR	Número total de casos de sepse materna diagnosticados no mesmo período.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	<p>Sepse materna: disfunção orgânica potencialmente fatal, resultante de resposta desregulada à infecção durante a gestação, parto ou puerpério, conforme critérios do <i>Surviving Sepsis Campaign</i> e protocolos do Ministério da Saúde.</p> <p>Óbito materno por sepse: morte ocorrida durante gestação, parto ou até 42 dias pós-parto, atribuída à sepse como causa básica ou associada.</p>
INTERPRETAÇÃO	Valores elevados indicam falhas na detecção precoce, manejo clínico ou fluxo de atendimento de mulheres com sepse. A redução progressiva da taxa reflete maior efetividade do protocolo assistencial e adesão às medidas de segurança do paciente.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
FREQUÊNCIA	Mensal, com consolidação trimestral e análise anual.
REFERÊNCIAS	<p>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecção puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana. Brasília: Anvisa, 2017.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Statement on maternal sepsis. Geneva: WHO, 2017.</p>

APÊNDICE G – FICHA DE GERENCIAMENTO DE INDICADORES - TAXA DE LETALIDADE EM CHOQUE SÉPTICO

NOME DO INDICADOR	Taxa de Letalidade em Choque Séptico
SETOR RESPONSÁVEL	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) / Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) / UTI / Serviço de Emergência.
DATA DA CRIAÇÃO	25/09/2025 (Versão I)
OBJETIVO DO INDICADOR	Avaliar a proporção de óbitos entre pacientes diagnosticados com choque séptico, identificando falhas na detecção precoce e manejo terapêutico, subsidiando planos de melhoria contínua e redução da mortalidade relacionada.
POPULAÇÃO-ALVO	Pacientes adultos internados com diagnóstico confirmado de choque séptico (conforme critérios do <i>Surviving Sepsis Campaign</i> e protocolos nacionais de seps).
FÓRMULA DO CÁLCULO	(Número de óbitos por choque séptico no período / Total de pacientes com choque séptico no período) x 100
NÚMERADOR	Número de óbitos por choque séptico durante o período analisado.
DENOMINADOR	Número total de pacientes diagnosticados com choque séptico no mesmo período.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	Choque séptico: condição de disfunção orgânica grave causada por infecção, associada à hipotensão persistente, necessidade de vasopressores para manter PAM \geq 65 mmHg e lactato sérico maior que 2 mmol/L, conforme Sepsis-3 e <i>Surviving Sepsis Campaign</i> . Óbito por choque séptico: morte atribuída diretamente à falência orgânica decorrente do choque séptico durante internação hospitalar.
INTERPRETAÇÃO	Valores elevados indicam possíveis falhas na detecção precoce, no manejo clínico ou nos protocolos de suporte ao paciente com choque séptico. A redução da taxa reflete maior efetividade na adesão ao protocolo e melhor desempenho clínico assistencial.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
FREQUÊNCIA	Mensal, com consolidação trimestral e análise anual.
REFERÊNCIAS	BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da sepse . Brasília: Ministério da Saúde, 2017. EVANS, L. <i>et al.</i> Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic Shock 2021. Intensive Care Med. , [S. l.], v. 47, n. 11, p. 1181-1247, nov. 2021. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Sepsis fact sheet . Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis .

APÊNDICE H – FICHA DE GERENCIAMENTO DE INDICADORES - TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR

NOME DO INDICADOR	Taxa de Mortalidade Intra-Hospitalar
SETOR RESPONSÁVEL	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) / Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) / Administração hospitalar.
DATA DA CRIAÇÃO	25/09/2025 (Versão I)
OBJETIVO DO INDICADOR	Avaliar a proporção de óbitos ocorridos dentro do hospital entre os pacientes internados, monitorando a efetividade do cuidado hospitalar, detecção precoce de agravos e identificação de oportunidades de melhoria na assistência.
POPULAÇÃO-ALVO	Todos os pacientes internados na instituição durante o período de análise, independentemente da unidade (UTI, enfermaria, centro cirúrgico, emergência).
FÓRMULA DO CÁLCULO	$(\text{Número de óbitos intra-hospitalares no período} / \text{Total de pacientes internados no período}) \times 100$
NÚMERADOR	Número de óbitos ocorridos dentro do hospital no período analisado.
DENOMINADOR	Número total de pacientes internados na instituição no mesmo período.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	<p>Óbito intra-hospitalar: morte registrada durante a internação do paciente, antes da alta hospitalar.</p> <p>Paciente internado: indivíduo admitido em qualquer unidade do hospital (enfermaria, UTI, emergência, centro cirúrgico) durante o período de análise.</p>
INTERPRETAÇÃO	Valores elevados podem indicar fragilidades nos processos assistenciais, falhas na detecção precoce de agravos ou complicações não prevenidas. A redução da taxa reflete maior eficiência no cuidado hospitalar e adesão às boas práticas clínicas e protocolos de segurança do paciente.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
FREQUÊNCIA	Mensal, com consolidação trimestral e análise anual.
REFERÊNCIAS	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_mortalidade_hospitalar.pdf.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health statistics and information systems: hospital mortality. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4470.</p>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de indicadores de qualidade e segurança do paciente.** Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/publicacoes/manual_indicadores_qualidade.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.

HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA	REVISOR	EDIÇÕES	ITEM ALTERADO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

VALIDAÇÕES

DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___	DATA: ___/___/___
DATA: ___/___/___		



SES
Secretaria de Estado
da Saúde