

Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: Uma técnica para a comunicação efetiva

Employment of the SBAR tool for patient handover: a technique for effective communication

Empleo de la herramienta SBAR en la transición del cuidado: técnica para la comunicación efectiva

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência da implantação da ferramenta Situation-Background-Assessment-Recommendation para a padronização da comunicação entre profissionais durante a transição do cuidado. **Método:** Relato de experiência de atividades realizadas em hospital universitário, que abrangeu discussão e análise de eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação. **Resultados:** As condutas no processo de transição do cuidado foram padronizadas por meio de elaboração e revisão de protocolos; emprego da ferramenta Situation-Background-Assessment-Recommendation nas transferências de pacientes entre unidades e estabelecimento de fluxos de admissão e atendimento. **Conclusão:** A ferramenta propiciou a padronização de ações no processo de transição do cuidado, contribuindo para melhorias no processo de trabalho da equipe interdisciplinar e, consequentemente, para a segurança do paciente.

Descriptores: Continuidade da assistência ao paciente; Segurança do Paciente; Comunicação; Qualidade da assistência à saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of the implementation of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool for the standardization of communication among professionals during the handover. **Method:** Experience report of activities performed in a university hospital, which included discussion and analysis of adverse events due to communication failures. **Results:** The conducts in the process of handover were standardized through elaboration and revision of protocols; use of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool in patient transfers between units and establishment of admission and care flows. **Conclusion:** the tool provided standardization of actions in the patient handover, contributing to improvements in the work process of the interdisciplinary team and, consequently, to patient safety.

Descriptors: Continuity of patient care; Patient safety; Communication; Quality of health care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Relatar la experiencia de la implantación de la herramienta Situation-Background-Assessment-Recommendation para la estandarización de la comunicación entre profesionales durante la transición del cuidado. **Método:** Relato de experiencia de actividades realizadas en hospital universitario, que abarcó discusión y análisis de eventos adversos resultantes de fallas de comunicación. **Resultados:** Las conductas en el proceso de transición del cuidado fueron estandarizadas por medio de elaboración y revisión de protocolos; empleo de la herramienta Situation-Background-Assessment-Recommendation en las transferencias de pacientes entre unidades y establecimiento de flujos de admisión y atención. **Conclusión:** La herramienta propició la estandarización de acciones en el proceso de transición del cuidado, contribuyendo para mejoras en el proceso de trabajo del equipo interdisciplinario y, consecuentemente, para la seguridad del paciente.

Descriptores: Continuidad de la Atención al Paciente; Seguridad del Paciente; Comunicación; Calidad de la atención de salud; Enfermería.

Mileide Morais Pena¹

 0000-0002-4658-6524

Marta Maria Melleiro¹

 0000-0002-8835-406X

Aline Togni Braga²

 0000-0001-5911-6639

Ana Luiza Ferreira Meres²

 0000-0003-1135-2602

¹Universidade de São Paulo, Brasil.

²Hospital PUC-Campinas, Brasil.

Autor correspondente:

Mileide Morais Pena

E-mail: mileidempena@gmail.com

Como citar este artigo:

Pena MM, Melleiro MM, Braga AT, et al. Emprego da ferramenta sbar na transição do cuidado: uma técnica para a comunicação efetiva. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2021;11:e3142. [Access ____]; Available in: _____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3142>

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado o desenvolvimento de políticas e estratégias globais para a segurança do paciente em países com diferentes níveis de desenvolvimento⁽¹⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, com o objetivo de criar um programa de contribuição para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde⁽²⁾.

O PNSP está alicerçado sobre as seis metas de Segurança do Paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e lesões por pressão⁽²⁾.

Merece destaque a meta “melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde”, pois a comunicação e o trabalho em equipe são elementos essenciais para fortalecer a cultura de segurança do paciente. De alguma forma, todas as outras metas estabelecidas pelo PNSP, dependem de uma comunicação adequada para serem alcançadas.

Além disso, a falha de comunicação é uma das principais causas de eventos adversos que resultam em morte ou danos graves aos pacientes⁽³⁾. Desde o atendimento inicial do paciente, passando por todas as etapas de sua assistência, até a alta hospitalar a comunicação é essencial para um desfecho favorável.

Ademais, pesquisas têm demonstrado que o processo de transição de cuidado é uma situação crítica para que as falhas de comunicação aconteçam⁽⁴⁻⁷⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê melhorar a eficácia da transferência de informações por meio do uso de tecnologias interativas e eficazes. A ferramenta conhecida como Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) foi o primeiro método recomendado para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde⁽⁷⁾.

A ferramenta SBAR é um mnemônico utilizado para auxiliar os profissionais a elencarem informações importantes a serem transmitidas durante a transferência do paciente. Consiste em perguntas rápidas, padronizadas em quatro seções: S – Situation: identificar o paciente e o motivo de sua internação e/ou procedimento; B - Background: informar a história do paciente, medicamentos em uso, alergias e resultados de exames relevantes; A – Assessment: informar os sinais vitais, impressões clínicas, alterações no exame físico, presença de dispositivos e preocupações; R – Recommendations: indicar exames complementares, cuidados específicos e outras recomendações⁽⁸⁾.

Embora a comunicação na saúde seja bastante complexa e envolva toda equipe multidisciplinar, tende a ser subestimada, colocando em risco a segurança do paciente. Visando fomentar discussões acerca de estratégias

para a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência da implantação da ferramenta SBAR para a padronização da comunicação entre profissionais durante a transição do cuidado em um hospital universitário da região sudeste do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização da ferramenta SBAR para a padronização da comunicação entre profissionais durante a transição do cuidado, em um hospital universitário da região sudeste do Brasil. As informações que constam no relato compreendem atividades realizadas no período de janeiro a dezembro de 2014. A primeira etapa, relativa ao levantamento dos eventos, discussão e elaboração do plano de ação, ocorreu no período de janeiro a março; a segunda etapa, referente a revisão e elaboração de protocolos, impressos e descrição de fluxos ocorreu de abril a julho e a terceira etapa, de agosto a dezembro, na qual foram realizados os treinamentos e a implantação dos protocolos, impressos e fluxos.

A busca por uma ferramenta para nortear e padronizar o processo de comunicação surgiu da constatação de que 71% de uma amostra de 263 eventos adversos notificados na instituição no triênio 2011-2013 apresentaram as falhas de comunicação como fator contribuinte para sua ocorrência.

Partindo de um encontro realizado mensalmente na instituição, no qual eram apresentados os eventos adversos prevalentes e que reunia as Direções, a Média Gerência e a equipe assistencial multiprofissional, foram discutidas as notificações referentes às falhas de comunicação, evidenciando que a maioria ocorria na transição do cuidado. A análise dos eventos foi realizada pela equipe multiprofissional, elencando as causas raízes e demonstrando a necessidade de elaboração de um plano de ação para melhoria do processo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade, parecer nº 447.736, CAAE: 21793013.0.0000.5392.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização deste estudo resultou da inquietação acerca de como se dava o processo de comunicação da equipe de saúde e os fatores dificultadores desse processo. A expectativa em poder contribuir com a melhoria dos processos de comunicação possibilitou que ações fossem implementadas em parceria com os profissionais da instituição em questão. O grupo de trabalho definiu ações, objetivos, locais, responsáveis, modo de fazer, custo e prazos.

As melhorias derivadas desse processo foram: elaboração e revisão de protocolos para padronização das condutas no processo de transição do cuidado; utilização da ferramenta SBAR⁽⁸⁾ nas transferências de pacientes entre unidades; estabelecimento de fluxos de admissão e atendimento ao paciente nas transições do cuidado.

Para a elaboração e revisão de protocolos foi definido um grupo de trabalho. Primeiramente, foram levantados os protocolos existentes na instituição que contemplavam alguma etapa referente a transição do cuidado, por exemplo o protocolo de transporte e transposição de pacientes. Na sequência foram identificados os processos relacionados a transição do cuidado que não estavam descritos, como a passagem de plantão, as transferências entre unidades e encaminhamentos para exames ou altas.

Ficou estabelecido que todo processo de transição do cuidado deveria estar evidenciado no prontuário do paciente em impresso próprio ou em evolução diária.

Assim, foi iniciada a revisão e a elaboração dos protocolos referentes aos processos de transição do cuidado, sob a coordenação das gerências de enfermagem, e em conjunto com a equipe multiprofissional. Foram realizadas interações entre as equipes multiprofissionais e equipes de apoio, alinhando fluxos de admissão de pacientes nas unidades assistenciais e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para garantir o registro dessas informações em prontuário.

Durante esse processo foi evidenciada a necessidade de aquisição de determinados materiais para melhorar as condições de transição do paciente, sendo elaborado um cronograma para aquisição de cadeiras de rodas, berços e macas de transporte com grades e pranchas de transferência de pacientes.

A ferramenta SBAR foi estudada pelos enfermeiros executivos das unidades, adaptada e implantada em algumas unidades do hospital, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de Pronto Socorro (PS), no intuito de evidenciar a transição do cuidado no prontuário do paciente, através de impresso específico, e padronizar as informações relevantes a serem compartilhadas entre os profissionais que assumiam o cuidado.

Foram criados documentos específicos, baseados nas quatro seções do SBAR, para evidenciar as transferências de pacientes entre as unidades. Nas unidades de urgência e emergência o enfermeiro ficou responsável pelo preenchimento das informações no encaminhamento do paciente para internação em enfermaria e/ou UTI e o enfermeiro que recebia o paciente conferia as informações e assinava o impresso, validando o processo. Nas altas de pacientes da UTI para as enfermarias, foi definido o preenchimento do impresso pelos vários atores do cuidado: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros, de acordo com a complexidade do paciente e validação pelo enfermeiro receptor do paciente.

Também foi verificado que o processo de transição de cuidado não poderia ser vinculado, única e exclusivamente, a uma ferramenta/impresso e que os processos de trabalho de cada unidade deveriam ser considerados para implantação do mesmo.

Desse modo, após várias discussões, optou-se pela utilização da evolução em prontuário para registrar a transição do cuidado das demais

unidades. Nessa evolução deveriam constar todas as informações relevantes sobre o paciente.

O Centro Cirúrgico também adotou a ferramenta SBAR reformulando os impressos de registro pré, intra e pós-operatório existentes, acrescentando as informações sobre as condições do paciente para continuidade do cuidado.

Por fim, foi construído um impresso pelos enfermeiros executivos das unidades para registrar a transição do cuidado do paciente nos momentos de encaminhamento para exames, contemplando informações essenciais referentes ao processo, como tempo de jejum e preparos específicos, no intuito de garantir a realização dos exames no tempo correto e de forma adequada e segura.

Todos os fluxos foram descritos de modo a subsidiar a padronização do processo e treinamento das equipes. Os protocolos foram divulgados institucionalmente e os treinamentos foram realizados em várias datas e horários. Em um segundo momento, foi realizado treinamento *in loco*, em cada unidade assistencial, no intuito de atingir o maior número de profissionais da equipe multiprofissional. Os impressos foram implantados na sua totalidade e permanecem em uso na instituição, conferindo segurança e qualidade ao processo de transição do cuidado.

As intervenções propostas nesse estudo foram motivadas pelo desejo de melhorar a segurança do paciente, por meio da comunicação efetiva nas transições do cuidado.

Vários estudos^{4-7,9-10} demonstram que a padronização das informações utilizadas pelos profissionais, em cada etapa da transição do cuidado, pode reduzir a ocorrência de incidentes e minimizar complicações.

A implementação de protocolos e diretrizes exerce um grande impacto na prática clínica, pois além de direcionar e uniformizar a assistência, auxilia na leitura dos resultados comparando-os com indicadores e outros padrões de atendimento⁽¹¹⁾.

A comunicação nos processos de transição do cuidado é mais eficiente quando envolve o registro e a padronização das informações e não somente a transmissão verbal de dados. A segurança do paciente é reforçada quando há a padronização dos procedimentos, não deixando margens para que o profissional decida se deve ou não fornecer certas informações ou impressões sobre o paciente⁽⁹⁾.

Contudo, pode ser observado que entre alguns profissionais prevalece a comunicação verbal. Além de promover feedback direto e rápido, possibilita resolver alguns problemas com a prioridade que necessitam⁽¹⁰⁾, entretanto a falta de padronização nesse tipo de comunicação pode gerar situações inseguras, pela omissão de importantes informações.

Na admissão do paciente em unidades de emergência, as falhas de comunicação entre os profissionais da saúde e consequentes perdas de informações podem resultar em decisões incorretas em termos de avaliação de acuidade ou priorização de ordem. Decisões de triagem determinam o destino do paciente e, quando equivocadas, podem

expô-los a um maior risco de ocorrência de eventos adversos⁽⁴⁾.

A literatura destaca vários riscos de segurança na transferência de pacientes no período perioperatório. Na transferência de uma unidade de internação para a sala cirúrgica, os pacientes são frequentemente transferidos por uma terceira pessoa. Esse processo aumenta o risco de perda de informações importantes, impossibilitando os profissionais do centro cirúrgico de identificar possíveis fatores de risco⁽¹²⁾, o que ratifica a importância da implantação da ferramenta de transição do cuidado para a Unidade Operatória citada neste estudo.

A transferência de pacientes de UTI para unidades de internação constitui-se em outro ponto de atenção, tendo em vista que esses pacientes apresentam alto risco de desfechos adversos, incluindo readmissão na UTI e aumento de infecções nosocomiais e mortalidade, com consequente aumento dos custos hospitalares. O tempo de transferência, os fatores que afetam o atendimento nessas unidades e o reconhecimento de sinais de deterioração devem ser abordados nesse processo, a fim de garantir o cuidado ideal para esse grupo de pacientes complexos⁽¹³⁾.

Tanto enfermeiros quanto médicos reconhecem a importância da boa comunicação interdisciplinar e do trabalho colaborativo, na sustentação do fluxo de trabalho efetivo e na viabilização de um ambiente de trabalho de apoio e segurança do paciente. Entretanto, falhas no cuidado e na segurança foram encontradas principalmente devido as dificuldades de comunicação e fluxo de trabalho. Os sistemas de comunicação vigentes nem sempre contribuem para uma comunicação efetiva, tornando iminente o aprimoramento das estratégias de comunicação, removendo barreiras à tomada de decisões e ao fluxo de pacientes eficazes⁽¹⁴⁾.

A qualificação do processo de transferência de pacientes entre qualquer unidade é essencial para a assistência segura e de qualidade. A falta de comunicação durante as entregas pode levar a atrasos de diagnósticos, procedimentos e tratamentos desnecessários e, até mesmo, contraindicados⁽³⁾.

Nessa perspectiva, todos os estudos apresentados corroboram a necessidade e a importância de melhorar o processo de comunicação na saúde. A experiência vivenciada demonstra o caminho percorrido desde o mapeamento dos diversos momentos de transição do cuidado do paciente até a implantação de um modelo de registro padronizado, a fim de possibilitar que todas as informações importantes para a continuidade do cuidado do paciente fossem transmitidas aos profissionais que assumiam essa responsabilidade.

CONCLUSÃO

A utilização da ferramenta SBAR para padronização do processo de transição do cuidado, em todas as suas variações e amplitudes, contribuiu para melhorias no processo de trabalho da equipe interdisciplinar, fundamentando um corpo de

conhecimentos que favorece um cuidado a saúde com melhores resultados.

Acreditamos que, quando a equipe multiprofissional desenvolve a comunicação de forma clara e precisa, contribui para uma maior segurança no processo assistencial, melhorando a qualidade do atendimento e propiciando que a assistência prestada não resulte em danos ao paciente.

Destarte, entendemos que a ocorrência de eventos adversos, devido a falhas de comunicação, poderá ser drasticamente reduzida com a implantação das ações listadas anteriormente.

Quanto às limitações deste estudo, o processo de padronização da comunicação entre profissionais durante a transição do cuidado e seus resultados são sensíveis ao contexto estudado, não permitindo a sua generalização, mas possivelmente podendo ser aplicados para instituições com cenários semelhantes.

No que tange às contribuições do estudo, o mapeamento dos diversos momentos de transição do cuidado do paciente e a implantação de formas de registro padronizadas proporcionam a qualificação e a segurança no processo assistencial da Enfermagem, permitindo identificar oportunidades de melhoria no cuidado prestado aos pacientes e na prevenção de eventos adversos.

Frente ao exposto, evidencia-se que os desafios para a implantação de estratégias vinculadas ao PNSP são enormes, mas não intransponíveis, requerendo estratégias efetivas que envolvam os profissionais em todas as suas etapas e propiciem o entendimento de sua importância e necessidade iminente.

REFERÊNCIAS

- Sartor GD, Silva BF, Masiero AV. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. *Cogitare enferm.* 2016;21(5):1-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013a. Seção 1:43.
- Merten H, Galen LSV, Wagner G. Safe handover. *BMJ.* 2017;359(1):4328. Disponível em: <https://www.bmjjournals.org/content/359/bmj.j4328.long>
- Reay G, Norris JM, Hayden KA, Abraham J, Yokom K, Nowell L, et al. Transition in care from paramedics to emergency department nurses: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2017;6(1):260. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738052/>
- Pena MM, Melleiro MM. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017 [citado em: 26 de maio 2018];11(Supl. 12):2533-40. Disponível em:

[https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092.](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092)

6. Eggins S, Slade D. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. *J Public Health Res.* 2015;4(3):197-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693345/>.

7. Khuan L, Juni MH. Nurses' opinions of patient involvement in relation to patient-centered care during bedside handovers. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2017;11(3):216-22. Disponível em: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(16\)30191-8/fulltext](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(16)30191-8/fulltext).

8. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement. SBAR-Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. England; 2008 [citado em: 16 de maio 2018]. Disponível em: <https://improvement.nhs.uk/resources/sbar-communication-tool/>.

9. Gonzalo JD, Yang JJ, Stuckey HL, Fischer CM, Sanchez LD, Herzig SJ. Patient care transitions from the emergency department to the medicine ward: evaluation of a standardized electronic signout tool. *Int J Qual Health Care.* 2014;26(4):337-47. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/26/4/337/1789756>.

10. Hoonakker PLT, Carayon P, Walker JM, Brown RL, Cartmill RS. The effects of computerized provider order entry implementation on communication in intensive care units. *Int J Med Inform.* 2013;82(5):107-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624062/>.

11. Souza RCS, Bersaneti MDR, Siqueira EMP, Meira L, Brumatti DL, Prado NRO. Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de delirium. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2017;38(1):e64484. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164484.pdf>.

12. Münter KH, Moller TP, Ostergaard D, Fuhrmann L. Implementation of an electronic checklist to improve patient handover from ward to operating room. *J Patient Saf.* 2017 Nov 4. [Epub ahead of print]. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01209203-90000000-99427>.

13. Guest M. Patient transfer from the intensive care unit to a general ward. *Nurs Stand.* 2017;32(10):45-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094533>.

14. Brady AM, Byrne G, Quirke MB, Lynch A, Ennis S, Bhangu J, et al. Barriers to effective, safe communication and workflow between nurses and non-consultant hospital doctors during out-of-hours. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(7):929-34. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/7/929/4565827>.

Editores Responsáveis:

Juliana Dias REIS Pessalacia
Elaine Cristina Dias Franco

Nota: Este artigo é um recorte da tese intitulada “Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Recebido em: 28/10/2020

Aprovado em: 08/10/2021