

Palavras-chave: Enfermagem. Uti. Passagem de plantão. Handover. Sbar

Introdução/Objetivo:

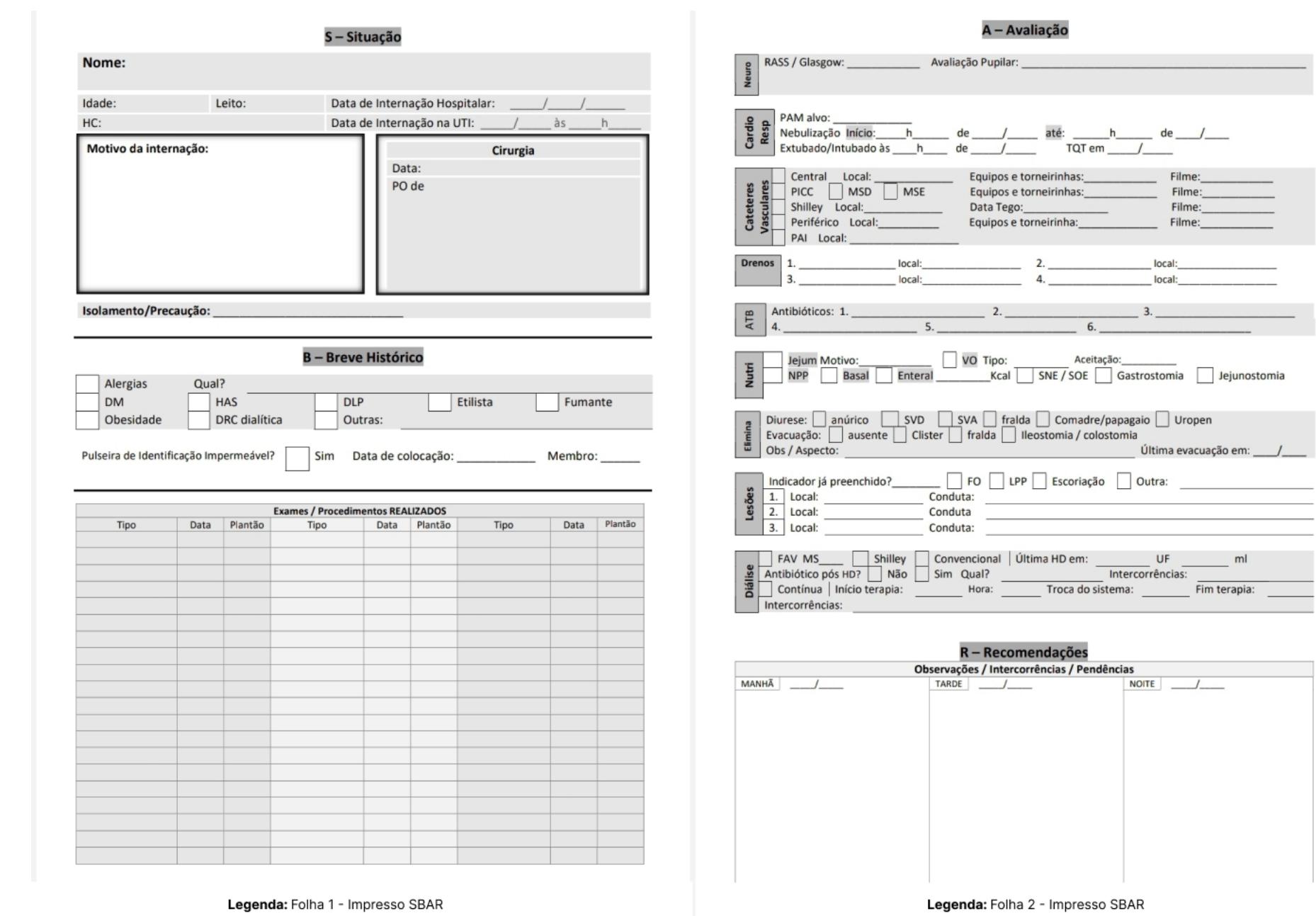
Visando melhorar a comunicação, objetividade, precisão, redução de erros e omissões, além de otimizar o tempo dispensado para passagem de plantão entre os diferentes turnos, também conhecida como handover, surgiu a necessidade da criação e implantação de uma ferramenta que pudesse permitir tal prática. Foi desenvolvido um instrumento baseado na metodologia SBAR (do inglês Situation, Background, Assessment and Recommendation), a qual permite proporcionar uma comunicação estruturada para segurança do paciente. O acrônimo SBAR traduzido significa: Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação. Este trabalho tem como objetivo descrever o processo de construção, validação e implantação de um impresso de handover entre turnos de enfermagem da UTI adulto, com base na ferramenta SBAR.

Metodologia:

Relato de caso realizado na UTI do trauma sobre a construção de um instrumento por enfermeiras assistenciais e que integram o Time de Comunicação. Foi realizado revisão da literatura com os termos: ferramenta SBAR e handover; bem como busca por modelos utilizados em UTIs de outras instituições. A partir disso, foi realizada a construção do instrumento, sendo apresentado aos demais enfermeiros, sensibilizando-os sobre a importância da melhoria da comunicação no handover. A primeira versão do instrumento foi colocada em uso como pré-teste, sendo utilizada pelos enfermeiros assistenciais durante 2 meses e, após este período, foi solicitada a avaliação do conteúdo, clareza e pertinência do instrumento. Com esse feedback, foi possível realizar alterações, visando otimizar o instrumento.

Resultados

O instrumento destinado a melhorar a comunicação no handover entre turnos da enfermagem na UTI, foi construído pelas quatro premissas do SBAR. Optou-se por utilizar campos em forma de checklist em um conjunto com campos dissertativos, sendo apresentados em 2 folhas tamanho A4 para preenchimento pelo enfermeiro, ficando essas dispostas em pastas em L transparentes, sendo 1 para cada paciente. A ideia na elaboração do conteúdo foi procurar trazer elementos de forma clara e pertinente, além de sintetizar as informações para a transferência de cuidados de enfermagem do paciente crítico entre os turnos manhã, tarde e noite. Mediante as avaliações do instrumento, apresentadas pelos profissionais enfermeiros que o utilizaram na prática diária pelo tempo de pré-teste, foram obtidas sugestões de melhorias do impresso. Tais sugestões foram apresentadas via formulário online criado para essa finalidade e também por reuniões presenciais com a supervisão. As opiniões ficaram divididas quanto a extensão do teor. Com base nas sugestões levantadas, foram realizadas novas modificações no conteúdo e layout do instrumento, com redução de itens de modo a ficar mais sintetizado e objetivo, a fim de atender as necessidades da equipe. Esta segunda versão do instrumento, encontra-se em uso no momento.



Folha 1 - Impresso SBAR

S - Situação

Nome: _____
Idade: _____ Letito: _____ Data de Internação Hospitalar: _____ / _____ / _____
HC: _____ Data de Internação na UTI: _____ / _____ / _____
Motivo da Internação: _____

B - Breve Histórico

Marcas: _____
DM: _____ HAS: _____ DLP: _____ Estituta: _____
Obesidade: _____ DRC diálitica: _____ Outra: _____
Fumante: _____

Pulseira de identificação impressível: _____ Sim Data de colocação: _____ Membro: _____

E - Exames / Procedimentos REALIZADOS

Exame / Procedimento	Data	Prioridade	Exame / Procedimento	Data	Prioridade
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

A - Avaliação

RASS / Glasgow: _____ Avaliação Pupilar: _____

Local: _____ PAM alto: _____ de _____ h de _____ TGT em _____

Central: _____ PRCC: _____ MDS: _____ MSE: _____
Local: _____ Equipes e terenças: _____
Sobrenome: _____ Fármaco: _____
Preferência Local: _____ Equipes e terenças: _____
FME: _____ Fármaco: _____

Direção: _____ 1: _____ 2: _____ 3: _____
4: _____ 5: _____ 6: _____

Antibióticos: 1: _____ 2: _____ 3: _____
4: _____ 5: _____ 6: _____

Isolamento: _____ BSI: _____ VIB: _____ Antígeno: _____
Sobrenome: _____ BSI: _____ VIB: _____ Antígeno: _____
Dissens: _____ (p)edico: _____ SVO: _____ SVA: _____ Fralda: _____ Comida/liquido: _____ Urinap: _____
Excreto: _____ (p)edico: _____ SVO: _____ SVA: _____ Fralda: _____ Comida/liquido: _____ Urinap: _____
Oto / Aparejo: _____

Indicador já preenchido: _____ (R) _____ (L) _____ (C) _____ (O) _____ (U) _____ (m) _____
1: _____ 2: _____ 3: _____
Local: _____ Conduta: _____
Conduz: _____ Conduta: _____
Conduz: _____ Conduta: _____

U: _____ m: _____
Antibiótico já iniciado: _____ (R) _____ (L) _____ (C) _____ (O) _____ (U) _____ (m) _____
Continua: _____ Início terapêutico: _____ Dose: _____ Hora: _____ Tratamento: _____ Fim terapêia: _____

R - Recomendações

Observações / Inconvenientes / Previsões: _____

Legenda: Folha 1 - Impresso SBAR

Folha 2 - Impresso SBAR

Legenda: Folha 2 - Impresso SBAR

Conclusão:

O instrumento de handover entre turnos de enfermagem, foi construído e modificado com expressa participação dos enfermeiros que o utilizam a beira leito. Houve alterações a fim de adequá-lo às especificidades do paciente crítico dentro da UTI. Verificou-se uma avaliação positiva da equipe em relação a importância de ter padronizado um impresso que organize as informações e amenize as chances de omissões nas transferências de cuidados, como na metodologia estruturada SBAR. Em breve, será expandido a implantação do instrumento de handover para as outras UTIs da instituição.