

Avaliação do método *Situation-Background-Assessment-Recommendation* na transferência de pacientes da unidade de terapia intensiva

Evaluation of the Situation-Background-Assessment-Recommendation method in the transfer of patients from the intensive care unit

Como citar este artigo:

Lima DR, Holanda DRAR, Martins HKA, Soares CRS, Santos CPRS, Silva VM. Evaluation of the Situation-Background-Assessment-Recommendation method in the transfer of patients from the intensive care unit. Rev Rene. 2025;26:e95479. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252695479>

✉ Dávila Rodrigues de Lima¹
✉ Dayane dos Reis Araújo Rocha Holanda¹
✉ Herbert Kauan Alves Martins²
✉ Camilo Reuber de Sousa Soares³
✉ Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos¹
✉ Viviane Martins da Silva¹

RESUMO

Objetivo: avaliar o preenchimento da ferramenta *Situation-Background-Assessment-Recommendation* na transferência de pacientes da unidade de terapia intensiva para enfermarias. **Métodos:** estudo de corte transversal. Foram analisados prontuários de pacientes transferidos da unidade de terapia intensiva para as enfermarias. Para a análise de dados, foram mensuradas as frequências absolutas e percentuais, média e desvio-padrão. Foram aplicados o teste exato de Fisher e o teste de Wilcoxon. **Resultados:** foram incluídos 60 prontuários. Observou-se que informações importantes, como sinais vitais, presença de dispositivos invasivos e avaliação clínica, frequentemente não eram registradas. A maioria dos pacientes transferidos apresentava condições complexas como sepse e múltiplas comorbidades, o que esteve relacionado a pendências na alta. **Conclusão:** revelou-se que o preenchimento da ferramenta *Situation-Background-Assessment-Recommendation* durante a transferência de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva para as enfermarias apresenta lacunas, principalmente nos campos relacionados aos sinais vitais, dispositivos invasivos e pendências assistenciais. Esses campos foram os que apresentaram maior frequência de registros incompletos ou ausentes nas avaliações realizadas. **Contribuições para a prática:** os achados contribuem para a prática clínica ao sinalizar pontos específicos que precisam de atenção, possibilitando que as equipes de enfermagem identifiquem e corrijam falhas nos processos de comunicação. **Descriptores:** Equipe de Enfermagem; Cuidados Críticos; Transferência de Pacientes; Sistemas de Comunicação no Hospital; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the completion of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool in the transfer of patients from the intensive care unit to wards. **Methods:** cross-sectional study. Medical records of patients transferred from the intensive care unit to the wards were analyzed. For data analysis, absolute and percentage frequencies, mean, and standard deviation were measured, and Fisher's exact test and Wilcoxon's test were applied. **Results:** 60 medical records were included. It was observed that important information, such as vital signs, presence of invasive devices, and clinical assessment, was often not recorded. Most of the transferred patients had complex conditions such as sepsis and multiple comorbidities, which were related to pending issues at discharge. **Conclusion:** the completion of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool during the transfer of patients from the Intensive Care Unit to the wards revealed gaps, mainly in fields related to vital signs, invasive devices, and pending care. These fields had the highest frequency of incomplete or missing records in the assessments performed. **Contributions to practice:** the findings contribute to clinical practice by highlighting specific areas that require attention, enabling nursing teams to identify and correct communication process flaws.

Descriptors: Nursing, Team; Critical Care; Patient Transfer; Hospital Communication Systems; Patient Safety.

¹Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, CE, Brasil.

²Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade Estadual do Ceará.

Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente:

Dayane dos Reis Araújo Rocha Holanda
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo.
CEP: 60430-160. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: dayanedosreis02@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Luciano Marques dos Santos

Introdução

A segurança do paciente é uma prioridade global de saúde pública, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde falhas na comunicação interprofissional são a principal causa de eventos adversos. Nesse ambiente, a comunicação eficaz é essencial para reduzir riscos, minimizar danos evitáveis e melhorar a qualidade do cuidado⁽¹⁻⁵⁾.

Características da UTI, como a gravidade dos pacientes e o uso de tecnologias complexas, podem gerar ruídos na comunicação, tornando o *handoff* um momento crítico. O *handoff*, ou transferência de informações, tratamento e responsabilidade pelo paciente entre profissionais de saúde, quando realizado de forma sistemática, promove a segurança do paciente e previne eventos adversos⁽⁵⁻⁷⁾.

Para mitigar falhas no repasse de informações, a ferramenta mnemônica *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) é amplamente utilizada. Desenvolvida inicialmente pela Marinha dos Estados Unidos e recomendada pela *Joint Commission International*, a SBAR padroniza a comunicação, promovendo clareza, precisão e consistência na passagem de informações. Além disso, auxilia na superação de barreiras de comunicação entre diferentes perfis profissionais e culturais⁽⁸⁻¹²⁾.

Pacientes transferidos da UTI para as enfermarias apresentam especificidades que demandam atenção especial por parte do enfermeiro, e o uso adequado da SBAR contribui para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente⁽¹⁾. No entanto, há uma lacuna de estudos que avaliem o preenchimento da SBAR nesse processo específico.

Diante disso, este estudo tem como objetivo avaliar o preenchimento da ferramenta *Situation-Background-Assessment-Recommendation* na transferência de pacientes da unidade de terapia intensiva para enfermarias.

Métodos

Tipo de estudo, local e população

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) clínica do Hospital Universitário Walter Cantídio, um hospital universitário terciário de grande porte, reconhecido pela excelência no atendimento ao paciente, ensino e pesquisa. Esta é vinculada à Universidade Federal do Ceará, gerenciada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e inserida no Sistema Único de Saúde. O referido hospital oferece atendimentos em diversas especialidades cirúrgicas e clínicas, como anestesiologia/dor, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia digestiva, neurocirurgia, coloproctologia, trauma-ortopedia, urologia, oftalmologia, entre outras. A instituição dispõe de 197 leitos de enfermaria, 8 salas cirúrgicas, 6 salas de recuperação, 4 leitos de hospital-dia e 16 leitos de UTI.

Os dados foram compostos por prontuários de pacientes com 18 anos ou mais que foram transferidos da UTI para as enfermarias, durante o período de julho de 2022 a março de 2023. Esse intervalo foi definido porque, anteriormente, o preenchimento da ferramenta SBAR não era realizado no local da pesquisa. A execução do estudo ocorreu entre março e dezembro de 2023.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes com 18 anos ou mais com a ferramenta SBAR em anexo; prontuários de pacientes transferidos da UTI clínica para as enfermarias no período mencionado. Foram excluídos os prontuários de pacientes transferidos para outra instituição de saúde.

Coleta de dados

As informações sobre os pacientes que receberam alta da UTI entre julho de 2022 e março de 2023

foram coletadas por duas pesquisadoras enfermeiras por meio de uma planilha disponível na secretaria da UTI. Os prontuários físicos e eletrônicos foram utilizados para localizar o instrumento SBAR, agrupar os dados e verificar a última evolução de enfermagem da unidade de saída e a primeira evolução de enfermagem da unidade de destino. Também foram revisadas notas adicionais para identificar qualquer intercorrência que pudesse ter ocorrido durante o transporte ou a chegada à unidade de destino. O instrumento para coleta de dados foi desenvolvido pelos pesquisadores em planilha do *Microsoft Office Excel* 2019.

A ferramenta SBAR avaliada está estruturada com base nas seguintes informações: 1. Identificação (nome do paciente, setor, data de admissão, número do prontuário, data de nascimento e idade), 2. Situação (hipótese/diagnóstico, tipo de isolamento, medicamentos em uso, pulseira de identificação, avaliação neurológica, suporte ventilatório, cardiovascular, dieta, acesso venoso, pele e mucosas, eliminações vesicais e intestinais), 3. Breve histórico (antecedentes, culturas em andamento, testagem para COVID-19, alergias e presença de pulseira amarela caso alérgico, hemovigilância e presença de pulseira vermelha se aplicável), protocolo sepse nas últimas 24 horas, 4. Avaliação (estabilidade hemodinâmica e sinais vitais), 5. Recomendações (pendências). Além disso, é preciso preencher as informações referentes à unidade de saída e destino, o horário de saída e chegada, a data e os enfermeiros envolvidos no processo.

As seguintes variáveis do instrumento SBAR foram coletadas: idade, sexo, tempo de internação na terapia intensiva, diagnósticos prevalentes, isolamento por germe multirresistente, antibiótico, protocolo sepse, suporte ventilatório, alteração cardiovascular, avaliação neurológica, estabilidade, coloração da pele, dieta, cateter venoso, hemovigilância, preenchimento dos sinais vitais, pendências, intercorrências no transporte, intercorrências na unidade de destino, número de comorbidades. Após a coleta dos dados nas fontes, as informações foram transcritas para o instrumento de coleta de dados contendo as variáveis mencionadas acima.

Análise de dados

Os dados foram analisados no software *RStudio* versão 2022.07.0, onde foram mensuradas as frequências absolutas e relativas, assim como a média e o desvio padrão. Além disso, foram aplicados o Teste exato de Fisher e o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para analisar a associação entre as variáveis de interesse, sendo adotado 5% como nível de significância estatística. Utilizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney devido à não aderência da variável comorbidades à distribuição teórica normal, conforme aplicação do Teste de Shapiro-Wilk.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem ser submetidas à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa local. Dessa forma, essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (Parecer 5.951.356/2023 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n.º 67622523.0.0000.5045).

Resultados

No período de julho de 2022 a março de 2023, um total de 85 pacientes recebeu alta da unidade de terapia intensiva. Foi observado que em 15 prontuários não foi possível localizar o instrumento SBAR, mesmo após verificação por dois pesquisadores de forma independente. Além disso, nove prontuários não puderam ser consultados porque não foram disponibilizados para consulta pelo serviço de arquivo médico, mesmo após diversas solicitações. Um prontuário foi excluído devido à transferência externa do paciente. Dessa forma, 60 prontuários foram incluídos neste estudo.

Em relação à faixa etária dos pacientes, 27

(45%) apresentavam mais de 60 anos, 19 (32%) estavam entre 41 e 59 anos e 14 (23%) tinham até 40 anos. Dentre os pacientes incluídos, 34 (57%) eram do sexo masculino. No que concerne ao tempo de internação no ambiente de terapia intensiva, 31 (52%) pacientes permaneceram entre 11 e 30 dias. Em relação aos diagnósticos mais frequentes, 25 (42%) pacientes foram diagnosticados com sepse e choque séptico, oito (13%) com edema agudo de pulmão e oito (13%) com insuficiência respiratória. Quanto ao número de comorbidades, 17 (28%) pacientes apresentavam somente uma comorbidade, enquanto 12 (20%) e 10 (17%) tinham duas e três, respectivamente. Destaca-se que 19 (31,7%) pacientes apresentavam entre quatro e nove comorbidades, e apenas dois (3,3%) não possuíam nenhuma doença prévia. Ademais, 21 (35%) pacientes foram isolados devido à presença de germes multirresistentes, e 43 (71%) estavam em tratamento com antibiótico vigente no momento da alta.

Em relação à avaliação clínica, 39 (65%) se encontravam conscientes e orientados; 35 (58%) apresentavam a pele normocorada e, 50 (84%) não necessitavam de suporte ventilatório. Além disso, 43 (72%) não apresentavam alterações relacionadas ao sistema cardiovascular, 28 (47%) alimentavam-se pela via oral, enquanto 25 (42%) eram alimentados por sondas enterais. Destaca-se que 46 (77%) pacientes mantinham cateter venoso central, mesmo após a alta do ambiente de terapia intensiva. Acerca dos cuidados pós-transfusionais, apenas três (4,3%) pacientes necessitaram de hemovigilância. Importante ressaltar

que nenhum paciente recebeu alta da terapia intensiva com protocolo sepse ativo. Somente um paciente foi transferido em uso de medicamentos vasoativos, uma vez que se encontrava em um contexto de limitação terapêutica, sem indicação para aumento de dose ou outras intervenções invasivas.

Evidenciou-se que 11 (19%) pacientes apresentavam pendências no momento da alta da terapia intensiva, que incluíam a realização de exames, emissão de pareceres de especialidades, laudos de exames previamente realizados, necessidade de aspiração devido à hipersecretividade e transfusão de hemocomponentes. Quanto às intercorrências durante ou após o transporte, registrou-se apenas uma ocorrência, representando 1,7% do total, que se tratou de um episódio de hipossaturação, com a necessidade da instalação de suporte ventilatório do tipo máscara de Venturi. As variáveis que caracterizam o paciente que sofreu a intercorrência incluem: idade acima de 60 anos, tempo de internação na UTI entre 11 e 30 dias, diagnóstico de choque séptico, presença de três comorbidades, isolamento por germe multirresistente, presença de alteração cardiovascular e dieta zero.

A seguir, são apresentadas tabelas referentes aos testes estatísticos realizados, relacionando as variáveis do instrumento com a falta de preenchimento dos sinais vitais e a existência de pendências. É importante observar que os diversos valores de n indicam o preenchimento incompleto do instrumento por parte dos profissionais, resultando em números variados para cada variável.

Tabela 1 – Comparação entre variáveis da *Situation-Background-Assessment-Recommendation* e a falta de preenchimento dos sinais vitais. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Variáveis	Total*	Dados não preenchidos (n=9)		Dados preenchidos (n=37)	p-valor†
		Total	n (%)	n (%)	
Idade (anos)	46				0,806
>60		20 (43,0)	5 (56,0)	15 (41,0)	
41-59		14 (30,0)	2 (22,0)	12 (32,0)	
Até 40		12 (26,0)	2 (22,0)	10 (27,0)	
Sexo	46				0,464
Feminino		22 (48,0)	3 (33,0)	19 (51,0)	
Masculino		24 (52,0)	6 (67,0)	18 (49,0)	

(A Tabela 1 continua na próxima página)

Variáveis	Total*	Total	Dados não preenchidos (n=9)	Dados preenchidos (n=37)	p-valor†
		n (%)	n (%)	n (%)	
Tempo de internação na terapia intensiva (dias)	46				0,459
1-10		23 (50,0)	6 (67,0)	17 (46,0)	
11-30		23 (50,0)	3 (33,0)	20 (54,0)	
Diagnósticos prevalentes					
Sepse	46	13 (28,0)	1 (11,0)	12 (32,0)	0,410
Sepse + choque séptico	46	17 (37,0)	2 (22,0)	15 (41,0)	0,450
Edema agudo de pulmão	46	7 (15,0)	2 (22,0)	5 (14,0)	0,609
Isolamento por germe multirresistente	44	13 (30,0)	1 (13,0)	12 (33,0)	0,402
Antibiótico	45	33 (73,0)	8 (89,0)	25 (69,0)	0,407
Protocolo sepse	32	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

*Prontuários com a *Situation-Background-Assessment-Recommendation*; †Teste de soma de postos de Wilcoxon

Tabela 2 – Comparação entre variáveis da *Situation-Background-Assessment-Recommendation* e a falta de preenchimento dos sinais vitais. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Variáveis	Total*	Total	Dados não preenchidos (n=9)	Dados preenchidos (n=37)	p-valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Supporte ventilatório	44	8 (18,0)	0 (0)	8 (22,0)	0,318†
Alteração cardiovascular	46	12 (26,0)	0 (0)	12 (32,0)	0,086†
Avaliação neurológica	46				0,530†
Estabilidade	45	45 (100,0)	8 (100,0)	37 (100,0)	
Coloração da pele	40				0,707‡
Hipocorada		17 (43,0)	3 (33,0)	14 (45,0)	
Normocorada		23 (58,0)	6 (67,0)	17 (55,0)	
Dieta	43				0,172†
Enteral		18 (42,0)	1 (13,0)	17 (49,0)	
Parenteral		4 (9,3)	1 (13,0)	3 (8,6)	
Oral		20 (47,0)	6 (75,0)	14 (40,0)	
Zero		1 (2,3)	0 (0)	1 (2,9)	
Cateter venoso	46				0,677†
Central		36 (78,0)	7 (78,0)	29 (78,0)	
Periférico		7 (15,0)	1 (11,0)	6 (16,0)	
Sem cateter venoso		1 (2,2)	0 (0)	1 (2,7)	
Não preenchido		2 (4,3)	1 (11,0)	1 (2,7)	
Hemovigilância	35	2 (5,7)	0 (0)	2 (6,7)	>0,999†

*Prontuários com a *Situation-Background-Assessment-Recommendation*; †Teste exato de Fisher; ‡Teste de soma de postos de Wilcoxon

Tabela 3 – Comparação entre as variáveis da *Situation-Background-Assessment-Recommendation* e a existência de pendências. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Variáveis	Total*	Total	Dados não preenchidos (n=48)	Dados preenchidos (n=11)	p-valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Idade (anos)	59				0,164
>60		26 (44,0)	20 (42,0)	6 (55,0)	
41-59		19 (32,0)	18 (38,0)	1 (9,1)	
Até 40		14 (24,0)	10 (21,0)	4 (36,0)	
Sexo	59				>0,999
Feminino		26 (44,0)	21 (44,0)	5 (45,0)	
Masculino		33 (56,0)	27 (56,0)	6 (55,0)	
Tempo de internação na terapia intensiva (dias)	59				0,287
1-10		29 (49,0)	22 (46,0)	7 (64,0)	
11-30		30 (51,0)	26 (54,0)	4 (36,0)	
Diagnósticos prevalentes	59				
Sepse	46	18 (31,0)	13 (27,0)	5 (45,0)	0,284
Sepse + Choque séptico	46	24 (41,0)	19 (40,0)	5 (45,0)	0,745
Edema agudo de pulmão	46	8 (14,0)	6 (13,0)	2 (18,0)	0,635
Isolamento por germe multirresistente	56	19 (34,0)	17 (37,0)	2 (20,0)	0,467
Antibiótico	57	41 (72,0)	35 (76,0)	6 (55,0)	0,260
Protocolo sepse	42	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

*Prontuários com a *Situation-Background-Assessment-Recommendation*; †Teste de soma de postos de Wilcoxon

Tabela 4 – Comparação entre as variáveis da *Situation-Background-Assessment-Recommendation* e a existência de pendências. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Variáveis	Total*	Total	Dados não preenchidos (n=48)	Dados preenchidos (n=11)	p-valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Suporte ventilatório	57	9 (16,0)	7 (15,0)	2 (18,0)	>0,999†
Alteração cardiovascular	59	17 (29,0)	11 (23,0)	6 (55,0)	0,062†
Avaliação neurológica	59				0,227‡
Estabilidade	55	55 (100,0)	44 (100,0)	11 (100,0)	
Coloração da pele	53				0,140†
Hipocorada		22 (42,0)	16 (36)	6 (67,0)	
Normocorada		31 (58,0)	28 (64)	3 (33,0)	
Dieta	56				
Enteral		24 (43,0)	20 (44,0)	4 (36,0)	
Parenteral		4 (7,1)	3 (6,7)	1 (9,1)	
Oral		26 (46,0)	20 (44,0)	6 (55,0)	
Zero		2 (3,6)	2 (4,4)	0 (0)	
Cateter venoso	59				0,677†
Central		46 (78,0)	38 (79,0)	8 (73,0)	
Periférico		10 (17,0)	7 (15,0)	3 (27,0)	
Sem cateter venoso		1 (1,7)	1 (2,1)	0 (0)	
Não preenchido		2 (3,4)	2 (4,2)	0 (0)	
Hemovigilância	46	2 (4,3)	1 (2,8)	1 (10,0)	0,391†

*Prontuários com a *Situation-Background-Assessment-Recommendation*; †Teste de soma de postos de Wilcoxon; ‡Teste exato de Fisher

Tabela 5 – Comparação entre variáveis da *Situation-Background-Assessment-Recommendation* e a falta de preenchimento dos sinais vitais/existência de pendências. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Variáveis	Total*	Total	Dados não preenchidos (n=9)	Dados preenchidos (n=37)	p-valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Falta de preenchimento dos sinais vitais					
Pendências	46	9 (20,0)	1 (11,0)	8 (22,0)	0,664†
Intercorrências no transporte	46	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Intercorrências na unidade de destino	46	1 (2,2)	0 (0)	1 (2,7)	>0,999‡
Número de comorbidades	46	3,0 ~ 4,0§	5,0 ~ 3,0§	2,5 ~ 3,0§	0,117†
Existência de pendências					
Sinais vitais	46	37 (80,0)	29 (78,0)	8 (89,0)	0,664†
Intercorrências no transporte	59	1 (1,7)	1 (2,1)	0 (0)	>0,999‡
Intercorrências na unidade de destino	59	1 (1,7)	1 (2,1)	0 (0)	>0,999‡
Número de comorbidades	59	3 ~ 2,5§	2,5 ~ 3,0§	4,0 ~ 3,5§	0,035†

*Prontuários com a *Situation-Background-Assessment-Recommendation*; †Teste de soma de postos de Wilcoxon; ‡Teste exato de Fisher; §Mediana ~ Intervalo interquartílico; ||n=11 para dados preenchidos e n=48 não preenchidos

Constatou-se que, em 14 casos, não houve o registro dos sinais vitais pela unidade de saída do paciente. Na tabela 5, evidencia-se que a variável “número de comorbidades” apresentou significância estatística ($p=0,035$). Os pacientes com pendências demonstraram ter um maior número de comorbidades

em comparação àqueles que não têm pendências. O grupo com pendências apresentou média dos postos de 49,6, enquanto o grupo sem pendências teve média dos postos de 25,5. Esses dados indicam maior número de comorbidades nos pacientes com falhas de preenchimento.

Discussão

Neste trabalho, foi avaliado o preenchimento da ferramenta SBAR na transferência de pacientes da UTI para as enfermarias. A análise das Tabelas 1, 2 e 5 mostrou falhas no registro de algumas variáveis, principalmente dos sinais vitais, que apareceram como uma pendência recorrente nos prontuários. Esse dado é preocupante, considerando que o transporte intra-hospitalar representa um momento crítico com potencial para complicações em 40 a 70% dos casos. Portanto, a verificação e o registro adequado dos sinais vitais antes da transferência são importantes para a previsão de intercorrências e para resguardar legalmente os profissionais envolvidos. Ademais, essas complicações são menos frequentes em instituições onde enfermeiros intensivistas capacitados coordenam o transporte dos pacientes⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Além disso, o tempo de permanência dos pacientes na UTI variou entre 11 e 30 dias, o que corrobora com informações que relatam médias entre 11 e 23 dias. Esse dado reforça a importância da SBAR como instrumento de apoio à análise epidemiológica e à tomada de decisões clínicas, visando, por exemplo, a redução do tempo de internação. Cabe destacar que tanto o tempo médio de permanência quanto o índice de rotatividade de leitos são indicadores relevantes de desempenho hospitalar. Permanências prolongadas na terapia intensiva podem acarretar consequências negativas, como maior risco de infecções e outras complicações⁽¹³⁻¹⁴⁾.

No que se refere aos diagnósticos, observou-se que sepse e choque séptico foram os principais motivos de internação na UTI. Esse achado corrobora com dados nacionais onde a mortalidade por sepse pode atingir 55%, sendo essa condição a principal causa de óbito em unidades de cuidados intensivos. Em adição, nos Estados Unidos, a sepse supera infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral em número de hospitalizações, sendo responsável por até metade das mortes em UTI e ocupando aproximadamente um terço dos leitos de cuidados intensivos⁽¹⁶⁾.

Outro aspecto relevante foi a associação estatisticamente significativa entre o número de comorbidades e a presença de pendências no preenchimento da SBAR. Evidências apontam que comorbidades como idade avançada, gravidade clínica, alterações no nível de consciência e necessidade de terapias de suporte intensivo estão relacionadas a piores desfechos após a alta da UTI. Diante disso, reforça-se que o momento do *handoff* é crucial, por permitir à equipe que irá admitir o paciente construir um plano de cuidados individualizado e adequado às necessidades de cada paciente⁽¹⁷⁾.

No contexto do preenchimento da ferramenta destacou-se ainda a manutenção do cateter venoso central em 77% dos pacientes de alta da UTI. Diversas complicações estão associadas a esse dispositivo, incluindo infecções de corrente sanguínea, sangramentos e obstruções do lúmen. Assim, o registro detalhado de informações relacionadas ao cateter na SBAR como tempo de inserção e eventos adversos, pode contribuir para a identificação precoce de riscos e para a revisão de protocolos e práticas clínicas, com foco na segurança do paciente⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Além dos aspectos clínicos, destaca-se a importância da comunicação segura entre as equipes de saúde durante a transição do cuidado. Quando há falhas na padronização do processo e lacunas no preenchimento do SBAR o risco de eventos adversos aumenta e a continuidade da assistência fica comprometida. Nesse sentido, a utilização da ferramenta melhora a troca de informações entre os profissionais e está associada à maior satisfação com as diretrizes institucionais e a uma menor incidência de complicações^(4,20).

No que diz respeito às intercorrências no transporte de pacientes, identificou-se que as mais frequentes estão relacionadas às vias aéreas incluindo alterações respiratórias, alterações hemodinâmicas, aumento de secreções, bloqueios ou torções de tubos orotraqueais e de traqueostomia além da ausência de informações clínicas completas. Tais ocorrências evidenciam a necessidade de registros precisos e completos no momento da transferência⁽²¹⁻²²⁾.

Adicionalmente, é importante considerar que pacientes transferidos da UTI para as enfermarias demandam cuidados mais complexos do que os demais hospitalizados. É sabido que transferências realizadas durante o período noturno ou para setores despreparados aumentam significativamente o risco de reinternações e mortalidade hospitalar. Nessas situações, os enfermeiros de enfermaria relatam insegurança e estresse motivados pela sobrecarga de trabalho, pela escassez de recursos e pelas diferenças nas competências entre os setores⁽²³⁾.

Dessa forma, ressalta-se que a realização adequada do *handoff*, antes mesmo do transporte do paciente, permite que a equipe receptora se prepare de maneira alinhada com as necessidades de cada caso, garantindo melhor organização do leito e maior segurança no processo. Por fim, a aplicação da SBAR se mostra útil na estruturação e clareza das informações repassadas, contribuindo para a segurança do paciente, desenvolvimento do pensamento crítico entre os enfermeiros e otimização do tempo durante a transferência dos pacientes da UTI para as enfermarias⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas ao seu delineamento documental com corte transversal, o que significa que não foi possível estabelecer relações de causa e efeito entre o preenchimento da ferramenta SBAR e os possíveis desfechos clínicos dos pacientes. Além disso, como a análise foi baseada exclusivamente em registros documentais, houve uma dependência direta da qualidade dos registros realizados pela equipe de enfermagem. Isso pode ter resultado em informações incompletas ou subnotificadas.

Outro ponto importante diz respeito ao tamanho da amostra, que foi relativamente pequena. Por esse motivo, optou-se por não realizar medidas de prevalência nem estimativas de intervalos de confiança, já que esses cálculos em contextos com poucos dados poderiam gerar interpretações estatísticas imprecisas ou enviesadas. Para reduzir possíveis distorções, a

coleta seguiu critérios padronizados com dupla checagem das informações e análise feita por pesquisadoras enfermeiras de maneira independente. Ainda assim, por se tratar de uma única instituição, os resultados devem ser interpretados com cautela quanto à sua aplicabilidade em outros cenários.

Contribuições para a prática

Os resultados desta pesquisa evidenciam fragilidades no preenchimento da ferramenta SBAR durante a transferência de pacientes da UTI para as enfermarias, em especial no que se refere à documentação de informações dos pacientes críticos provenientes da UTI. Esses achados contribuem para a prática clínica ao sinalizar pontos específicos que precisam de atenção, possibilitando que as equipes de enfermagem identifiquem e corrijam falhas nos processos de comunicação. Ao destacar essas lacunas, o estudo oferece apoio para melhorias nos protocolos institucionais, reforçando a importância da comunicação sistematizada como estratégia para promover a continuidade e a segurança do cuidado entre diferentes níveis de assistência.

Conclusão

O presente estudo revelou que o preenchimento da ferramenta *Situation, Background, Assessment, Recommendation* durante a transferência de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva para as enfermarias apresenta lacunas, principalmente nos campos relacionados aos sinais vitais, dispositivos invasivos e pendências assistenciais. Esses campos foram os mais frequentemente incompletos ou ausentes nas avaliações realizadas. Observou-se também que o preenchimento incompleto esteve relacionado ao número de comorbidades.

Esses achados indicam que, nas transferências avaliadas, a ferramenta *Situation, Background, Assessment, Recommendation* não foi preenchida de maneira completa conforme seus componentes estruturais, o

que possibilitou identificar pontos de fragilidade na comunicação intersetorial no momento da transferência dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva para as enfermarias.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de mestrado a Dayane dos Reis Araújo Rocha Holanda.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Lima DR, Holanda DRAR, Martins HKA, Soares CRS, Santos CPRS, Silva VM.

Referências

1. Etemadifar S, Sedighi Z, Sedehi M, Masoudi R. The effect of situation, background, assessment, recommendation-based safety program on patient safety culture in intensive care unit nurses. *J Educ Health Promot.* 2021;30(10):422. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1273_20
2. Zhou L, Sun Y, Xiao M, Yang R, Zheng S, Shen J, et al. Factors influencing patient safety competence among Chinese vocational nursing students: a mixed-methods study using COM-B model and theoretical domains framework. *Int J Nurs Stud Adv.* 2025;15(8):100307. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100307>
3. Gillespie BM, Harbeck E, Chaboyer W. The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: a national survey. *J Clin Nurs.* 2025;34(3):883-93. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.17082>
4. Petry L, Diniz MBC. Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene.* 2020;21:e43080. doi: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>
5. Le A, Lee MA, Wilson J. Nursing handoff education: an integrative literature review. *Nurse Educ Pract.* 2023;68:103570. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103570>
6. Lavoie P, Clarke SP, Clausen C, Purden M, Emed J, Cosencova L, et al. Nursing handoffs and clinical judgments regarding patient risk of deterioration: a mixed-methods study. *J Clin Nurs.* 2020;29(19-20):3790-801. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.15409>
7. Santos G, Barros F, Silva R. Handover communication in intensive therapy: nursing team meanings and practices. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20180436. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>
8. Pinto F, Roberto P, Ferrario L, Marotta L, Montani D, Auletta G, et al. Using 'Situation-Background-Assessment-Recommendation' method in palliative care to enhance handover quality and nursing practice: a mix method study. *J Clin Nurs.* 2025;34(1):117-27. doi: <http://doi.org/10.1111/jocn.17537>
9. Ghonem NME, El-Husany WA. SBAR shift report training program and its effect on nurses' knowledge and practice and their perception of shift handoff communication. *SAGE Open Nurs.* 2023;23(9):23779608231159340. doi: <https://doi.org/10.1177/23779608231159340>
10. Felipe TRL, Spiri WC, Juliani CMCM, Mutro MEG. Nursing staff's instrument for change-of-shift reporting - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validation and application. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(6):e20210608. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608>
11. Toumi D, Dhouib W, Zouari I, Ghadhab I, Gara M, Zoukar O. The SBAR tool for communication and patient safety in gynaecology and obstetrics: a Tunisian pilot study. *BMC Med Educ.* 2024; 24(1):239. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05210-x>

12. Fliegenschmidt J, Merkel MJ, von Dossow V, Zwiffler B. Strukturierte patientenübergabe in hochrisikobereichen. *Anaesthesiologie*. 2023;72: 183-8. doi: <http://doi.org/10.1007/s00101-022-01249-x>
13. Aguiar LMM, Martins GS, Valduga R, Gerez AP, Carmo EC, Cunha KC, et al. Profile of adult intensive care units in Brazil: systematic review of observational studies. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(4):624-34. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20210088>
14. Peres IT, Hamacher S, Oliveira FLC, Bozza FA, Salluh JIF. Prediction of intensive care units length of stay: a concise review. *Crit Care Sci*. 2021;33:183-7. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210025>
15. Santos JV, Araújo MRL, Toledo MCM, Bomfim LC, Lessa AEC, Santos PRAR, et al. Epidemiological analysis and trends in sepsis mortality in Brazil from 2018 to 2022. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(8):5148-61. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003789>
16. Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADDS. Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3325. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>
17. Skoglund K, Bescher M, Ekwall S, Hammar LM. Intrahospital transport of critically ill patients: Nurse anaesthetists' and specialist ICU nurses' experiences. *Nurs Crit Care*. 2024;29(5):1142-50. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.13053>
18. Acosta NC, Ceratti RDN, Santos MS, Fantin SS, Fuzinatto F, Neto OPA, et al. Central line-associated bloodstream infections in patients with COVID-19. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2024;32:e4236. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7007.4236>
19. Costa CAB, Araújo FL, Costa ACL, Corrêa ADR, Kusahara DM, Manzo BF. Central venous catheter bundle: professional knowledge and behavior in adult Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03629. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019011203629>
20. Wang L, Ma YJ, Chen XT, Zhang J, Liu T. The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique. *Front Public Health*. 2022;10:1029573. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1029573>
21. Temsah MH, Al-Sohime F, Alhaboob A, Al-Eyadhy A, Aljamaan F, Hasan G, et al. Adverse events experienced with intrahospital transfer of critically ill patients: a national survey. *Med (Baltimore)*. 2021;100(18):e25810. doi: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000025810>
22. Young AM, Strobel RJ, Zhang A, Kaplan E, Rotar E, Ahmad R, et al. Off-hours intensive care unit transfer is associated with increased mortality and failure to rescue. *Ann Thorac Surg*. 2023;115(5):1297-303. doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2023.01.025>
23. Nikolaisen MK, Fridh S, Olsen BF. Patient transfer from intensive care units to general wards: An exploratory qualitative study of ward nurses' experiences of patient safety. *Nurs Open*. 2023;10(10):6769-76. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.1923>
24. Martínez-Fernández MC, Castiñeiras-Martín S, Liébana-Presa C, Fernández-Martínez E, Gomes L, Marques-Sánchez P. SBAR method for improving well-being in the internal medicine unit: quasi-experimental research. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16813. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416813>
25. Mulfiyanti D, Satriana A. The correlation between the use of the SBAR effective communication method and the handover implementation of nurses on patient safety. *Int J Public Health Excell*. 2022;2(1):376-80. doi: <http://doi.org/10.55299/ijphe.v2i1.275>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons