



ARTIGO DE REFLEXÃO

EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DE FALHAS DE COMUNICAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE UM MODELO PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

ADVERSE EVENTS CAUSED BY COMMUNICATION FAILURE: CONSIDERATIONS ABOUT A MODEL FOR CARE HANDOVER

EVENTOS ADVERSOS ORIGINARIOS EN FALLAS EN LA COMUNICACIÓN: REFLEXIONES SOBRE UN MODELO PARA TRANSICIONES DEL CUIDADO

Mileide Morais Pena¹
Marta Maria Melleiro²

Doi: 10.5902/2179769225432

RESUMO: Objetivo: analisar a relação entre processo de comunicação e ocorrência de eventos adversos e refletir acerca de um modelo para as transições do cuidado em instituições hospitalares. **Método:** estudo teórico-reflexivo. **Resultados:** as análises de referenciais teóricos, publicações de organizações, órgãos, certificadores e artigos científicos demonstraram a relação entre as falhas de comunicação e a ocorrência de eventos adversos. Observou-se que muitos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde ocorrem durante a transição do cuidado, entretanto, quando há padronização das informações, resultados positivos são evidenciados. **Conclusões:** a utilização de ferramentas para a padronização do processo de transição do cuidado deve ser incentivada, visto que a comunicação é essencial nas relações humanas que envolvem os pacientes, seus familiares e os profissionais, contribuindo para a transformação do cenário nas instituições de saúde e aperfeiçoamento da cultura de segurança. **Descritores:** Qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente; Gerenciamento de segurança; Comunicação; Enfermagem

ABSTRACT: Aim: to analyze the relations between the communication process and the occurrence of adverse events and to reflect on a model for care handover in hospital institutions. **Method:** theoretical reflexive study. **Results:** the analysis of theoretical references, publications of organizations, certifying institutions and scientific articles revealed the relation between communication failures and adverse events. It was noticed that many communication problems among healthcare professionals happen during care handover. However, when information is standardized, positive results are evidenced. **Conclusions:** the standardization of care handover should be encouraged, since communication is essential for human relations that involve patients, their families and professionals. This procedure contributes for transformations in healthcare institutions and for improvement of safety culture.

Descriptors: Quality of health care; Patient safety; Safety management; Communication; Nursing

RESUMEN: Objetivo: analizar la relación entre el proceso de comunicación y el surgimiento de eventos adversos y reflexionar sobre un modelo para las transiciones del cuidado en los hospitales. **Método:** estudio teórico y reflexivo. **Resultados:** los análisis de los referenciales teóricos, publicaciones de organizaciones y órganos de certificación y artículos

¹Enfermeira. Doutora em Ciências. Hospital PUC Campinas. Campinas. SP. Brasil. E-mail: mileidempena@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. SP. Brasil. E-mail: melleiro@usp.br

*científicos demostraron la relación entre las fallas en la comunicación y la ocurrencia de eventos adversos. Muchos problemas de comunicación entre profesionales de la salud son producidos durante la transición del cuidado, sin embargo, cuando hay un patrón en las informaciones, resultados positivos son evidenciados. **Conclusiones:** el uso de herramientas para crear un patrón en el proceso de transición de atención debe ser incentivada, ya que la comunicación es esencial en las relaciones humanas que incluyen los pacientes, sus familias y los profesionales, contribuyendo para la transformación del escenario en las instituciones de salud y un perfeccionamiento en la cultura de seguridad.*

Descriptor: *Calidad de la atención de salud; Seguridad del paciente; Gestión de la seguridad; Comunicación; Enfermería*

INTRODUÇÃO

As mudanças no estilo de vida e o aumento da longevidade, em todo o mundo, têm feito com que os hospitais recebam um número cada vez maior de pacientes, com condições clínicas complexas e crônicas. Concomitantemente, estimativas demonstram que um a cada dez pacientes está sujeito a sofrer um dano durante o atendimento hospitalar, podendo ser maior nos países em desenvolvimento. Esses danos são atribuídos a erros ou eventos adversos (EA).¹

O erro é considerado uma falha não intencional em executar um plano de ação como pretendido ou aplicá-lo incorretamente. Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. O EA é um incidente com dano.²

A probabilidade de um paciente morrer em decorrência de um EA é quarenta vezes maior do que em um acidente de trânsito.³ Somente na Austrália, quinhentas mil pessoas por ano sofrem danos evitáveis em hospitais.³ No Brasil, em 2011, ocorreram 11.117.837 internações, com estimativa de 844.875 (7,6%) EA. Desses, 66,7% foram eventos evitáveis, evoluindo para óbito em quase 40% dos casos.⁴

A comunicação ineficaz é um dos principais fatores para a ocorrência de EA.³ Pesquisas têm demonstrado que o processo de transição de cuidado é situação crítica para que falhas de comunicação aconteçam.^{3,5-6}

Nessa direção, a comunicação é instrumento determinante da qualidade e segurança. Para garantir a efetividade na assistência, é necessário que os profissionais estejam preparados e capacitados para construir uma relação estruturada, na qual um conjunto adequado de informações propicie a diminuição dos riscos e favoreça maior segurança e qualidade na saúde, sem gerar danos ao paciente.

Assim, aponta-se a relevância em refletir sobre a temática, partindo de referencial que analisa aspectos da comunicação e segurança do paciente.⁶ Dessa forma, questiona-se:

qual a relação entre o processo de comunicação e a ocorrência de EA? É necessário implementar um modelo teórico para garantir a comunicação entre a equipe multiprofissional nas transições do cuidado?

Diante do exposto, este artigo de cunho teórico-reflexivo pretende analisar a relação entre processo de comunicação e ocorrência de eventos adversos e refletir acerca de um modelo para as transições do cuidado em instituições hospitalares.

MÉTODOS

Trata-se de estudo teórico-reflexivo sobre o processo de comunicação e a ocorrência de EA. As análises de referenciais teóricos, publicações de organizações, órgãos certificadores e artigos científicos, disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Public/Publisher MEDLINE (PubMed) e sites especializados, subsidiaram a discussão acerca da temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fator humano, as falhas de comunicação e a ocorrência de EA

Fator humano é a expressão utilizada para designar o comportamento dos profissionais no trabalho, geralmente associado à idéia de erro ou falha. Entretanto, é importante frisar que, na maioria das vezes, os grandes propulsores dos erros são os fatores organizacionais que recaem sobre as pessoas, atribuindo-lhes erroneamente a culpa pelos incidentes.²

Fator organizacional é uma circunstância, ação ou influência para a ocorrência ou aumento do risco de incidente. São exemplos: estrutura organizacional; políticas, padrões e objetivos; cultura de segurança e restrições financeiras.²

Dessa forma, considera-se que as falhas humanas podem ocorrer, até mesmo, em instituições de excelência e que não se pode mudar a natureza humana, mas é possível modificar as condições de trabalho.⁷ Nesse contexto, emerge a reflexão sobre a qualidade da interação e comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado e suas implicações na ocorrência de EA.

Dentre as condições facilitadoras para a ocorrência dos EA, estão a falha de comunicação entre os profissionais, entre esses e os pacientes; fragmentação da responsabilidade pela assistência; descontinuidade do cuidado; inadequação dos sistemas de informações; insuficiente incorporação de protocolos clínicos sólidos; falência nos mecanismos

de registro e notificação de EA.⁸ Diante de tais considerações, observa-se que comunicar-se é a melhor forma de prevenir erros humanos ou de melhorar a técnica e as deficiências do sistema.

Como em toda grande organização, a comunicação no ambiente hospitalar é dificultada pela complexidade e amplitude. Os problemas da estrutura organizacional e de comunicação, somados ao comportamento individual dos profissionais, são as maiores fontes de EA.⁹

Além disso, outros fatores adicionais associados às falhas de comunicação podem não só contribuir para o erro, mas também reduzir a eficiência e produtividade. O uso de equipamentos eletrônicos (*paggers* e celulares), problemas técnicos e alarmes são exemplos das interrupções familiares aos profissionais de saúde. Quanto mais interrupções, maior o número de falhas de comunicação.⁹

A comunicação é essencial para a relação entre profissional e paciente. O profissional de enfermagem pode identificar os significados que o paciente atribui à doença, à hospitalização e ao tratamento pela forma com que ele se expressa.¹⁰

A cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. A avaliação dessa cultura permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho.¹¹

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004, traduzido e validado para o Brasil em 2013, é um instrumento amplamente utilizado para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais. Dentre as dimensões avaliadas estão a “passagem de plantão” e “abertura de comunicação”.¹¹

Estudo realizado em hospital do Paraná utilizou o HSOPSC para analisar a cultura de segurança, em relação à comunicação, na visão multiprofissional. As linhas de comunicação e o trabalho em equipe entre profissionais da mesma unidade foram considerados elementos favoráveis. Todavia, a comunicação e a colaboração entre profissionais de outras unidades, foram barreiras ao atendimento seguro sistêmico, apontando também deficiências na passagem de plantão.¹²

Em hospitais dinamarqueses, as falhas de comunicação foram evidenciadas nos mais diversos processos: 86% na transição do cuidado; 43% na comunicação entre os diferentes profissionais; 25%

na comunicação entre profissionais da mesma categoria, mas de equipes diferentes; 23% devido à hesitação em falar; 18% durante o trabalho em equipe. A troca de informações via telefone foi particularmente vulnerável, havendo omissão de fatos importantes acerca do paciente.¹³

Falha de comunicação verbal entre a equipe de enfermagem e, entre eles e o paciente, além dos erros nos registros, foram a segunda causa das quedas em um hospital geral privado. As autoras destacam a importância de analisar EA, com o objetivo de identificar a causa raiz e apresentar ações efetivas para reduzi-los.⁷

A falha de comunicação escrita é constantemente percebida nos hospitais do Brasil, segundo estudo de revisão integrativa. As principais são a ausência de identificação e carimbo do executor, escassez de informações sobre o paciente, letras ilegíveis, erros de ortografia, terminologia incorreta, siglas não padronizadas, rasuras e uso de corretivos. É necessário investir em capacitação para qualificar as anotações de enfermagem, tanto pela questão ética e legal, bem como para garantir a segurança no cuidado.¹⁴

Outros estudos internacionais^{3,5,9,15} e nacionais^{6,16} demonstram a relação entre as falhas de comunicação e a ocorrência de EA.

Diante do exposto, observa-se que muitos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde ocorrem nas transições do cuidado, nas passagens de plantão ou trocas de turno, na interação entre os profissionais de saúde e entre os próprios profissionais e os pacientes. Tal constatação sugere intervenções imediatas, demandando atenção especial para melhoria desses processos.

A comunicação no processo de transição do cuidado

Dois termos têm sido utilizados para descrever os processos de transição do cuidado: “*handoff*” e “*handover*”. O “*handoff*” pode ser entendido como transferência de autoridade e responsabilidade, que ocorre entre profissionais, para prestação de cuidados clínicos ao paciente. Supõe-se que a condução pode ser feita entre profissionais em níveis comparáveis de experiência, conhecimento e equivalentes em hierarquia, excluindo as trocas de plantões ou turnos.¹⁷ O termo “*handover*” refere-se à transferência de informações entre um profissional e outro, uma equipe a outra, ou da equipe ao paciente e/ou família, para garantir a continuidade dos cuidados e a segurança. Também está relacionado à transferência de

informações entre profissionais de uma organização a outra ou, até mesmo, à família do paciente. São consideradas as passagens de plantão e trocas de turno.³

Ao longo dos anos, os dois termos tornaram-se sinônimos e têm sido utilizados para descrever os processos relacionados à transferência de informações sobre o paciente, seja para as passagens de plantão e trocas de turno, ou na transição do cuidado de um profissional a outro. Ademais, quando o processo de transição de cuidado do hospital para o domicílio é subestimado, ocorre um aumento nas reinternações e queda na qualidade do cuidado em saúde.¹⁸

Na passagem de plantão entre médicos intensivistas do Canadá, foi detectado que as informações restringiam-se ao estado atual do paciente e interpretações pessoais. Não existia padrão ou roteiro sistematizado do que deveria ser compartilhado, tampouco, o histórico do paciente era mencionado. A falta de padronização poderia levar ao esquecimento de informações, ocasionando erros.¹⁵

Falhas de comunicação entre os profissionais de saúde foram evidenciadas durante a transferência de pacientes cirúrgicos e das unidades de urgência e emergência para as enfermarias ou UTI, bem como, nas altas dos pacientes intensivos para outras unidades. Foi constatada a importância de padronização no momento da transição do cuidado, evidenciando a necessidade de sensibilização para o tema.¹⁹

Pesquisa realizada no Brasil identificou como fatores que interferem na passagem de plantão: elegibilidade da modalidade, presença de equipes multidisciplinares, interrupções, conversas paralelas, atrasos, saídas antecipadas, ruídos, do grau de formação e o processo de contínua atualização.²⁰

Além disso, a opinião dos profissionais de enfermagem acerca dos EA, em pacientes cirúrgicos, no Brasil, evidencia que a falta de comunicação entre equipe de enfermagem e médica é uma forte razão para sua ocorrência. O cuidado à saúde depende de comunicação acurada e eficaz entre os profissionais.¹⁶

Mesmo com o discurso voltado para a segurança do paciente, fica evidente que a inserção dos profissionais se dá de diferentes formas e graus de participação. O enfermeiro, geralmente, conduz os demais nas ações referentes à segurança do paciente. A boa comunicação entre profissionais, assim como, entre esses e os pacientes, são a chave para o cuidado seguro.

Desse modo, para que ocorram modificações no panorama atual, torna-se necessário que as universidades e escolas técnicas de todas as profissões da saúde desenvolva disciplinas e realizem

pesquisas direcionadas à segurança do paciente, viabilizando, assim, a formação de profissionais com aporte teórico e prático sobre o tema, estimulando o trabalho multidisciplinar.²⁰

Modelo teórico para a comunicação na transição do cuidado

De acordo com *guidelines* e recomendações,^{1,17} práticas de transição do cuidado têm sido propostas por organizações que focam o cuidado seguro do paciente. Em particular, o uso de instrumentos e abordagens padronizadas, incluindo mnemônicos que estabelecem temas e sequências, promovidos e aprovados pelos órgãos certificadores.¹⁵

Há mais de 25 anos, o setor de aviação fornece valiosas lições sobre o gerenciamento de riscos e medidas de prevenção de acidentes. Ao constatar que 70% dos acidentes de voos comerciais resultaram de falhas de comunicação entre os membros da tripulação, implantou uma ferramenta para padronização. Conhecida como *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR), foi adaptada por um médico de *Oakland*, EUA, para comunicação entre membros da equipe multidisciplinar na transição do cuidado com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente.²¹

O SBAR norteia a comunicação entre os profissionais, nas diversas situações de transição do cuidado e permite que a equipe se comunique assertiva e efetivamente, reduzindo as repetições. A ferramenta antecipa as informações prioritárias sobre o paciente, de modo a garantir a segurança no cuidado.²¹ Existem poucas ferramentas que se concentram ativamente em melhorar a comunicação, entretanto, o SBAR pode ser utilizado e adaptado para garantir a segurança nesse processo. A incidência de danos aos pacientes por falhas nesse processo demonstrou redução de até 50% após sua implementação.¹⁷

A ferramenta SBAR é um mnemônico utilizado para elencar informações importantes na transferência do paciente. Consiste em perguntas rápidas, padronizadas em quatro seções: *S–Situation*: identificar o paciente, motivo da internação e/ou procedimento; *B–Background*: informar história, medicamentos em uso, alergias e exames; *A–Assessment*: informar os sinais vitais, impressões clínicas, alterações no exame físico, presença de dispositivos e preocupações; *R–Recommendations*: indicar exames, cuidados específicos e outras questões.²¹

Em revisão sistemática de literatura, 46 artigos que citavam mnemônicos para o processo de transição do cuidado, 69,6% mencionaram o SBAR como facilitador na transferência de informações.²² A implantação de um programa de transição do cuidado,



associado a melhorias na comunicação, reduziu 30% de EA evitáveis em nove hospitais dos EUA e Canadá.²³ A comunicação nos processos de *handoff*, entre médicos residentes na Pensilvânia, foi mais eficiente quando envolveu o registro e a padronização das informações e não somente a transmissão verbal de dados.²⁴ A ferramenta SBAR, amplamente utilizada no contexto internacional²² ainda não foi traduzida e validada no Brasil. No estudo a seguir,⁶ a tradução livre compôs um instrumento de transferência de pacientes entre unidades.

Estudo realizado no Brasil, que analisou 263 EA, demonstrou que 71% deles evidenciaram falha de comunicação; 35,7% verbal e escrita; 20,2% escrita e 15,2% verbal. Os profissionais mais presentes nos eventos foram: auxiliares/técnicos de enfermagem em 98,1% dos eventos, enfermeiros em 87% e médicos em 66%, todos com erros de registro. A autora propôs e implantou melhorias no processo de comunicação: elaboração/revisão de protocolos para padronização das condutas no processo de transição do cuidado (passagem de plantão, transporte e transposição, transferências de unidade, encaminhamentos para exames ou altas, considerando as particularidades de cada paciente e sua complexidade); utilização do SBAR nas transferências entre unidades; estabelecimento de fluxos de admissão e atendimento, reduzindo tais eventos.⁶

A promoção de uma cultura de segurança está intimamente ligada à inclusão de estratégias que reforcem os procedimentos de comunicação e o engajamento dos profissionais da linha de frente das organizações no processo de segurança do paciente.²⁵ Infere-se que a segurança é reforçada quando há padronização dos procedimentos, não deixando margens para que o profissional decida se deve ou não fornecer certas informações ou impressões sobre o paciente.

Tendo em vista os referenciais analisados, observa-se que a falta de padronização de informações, que devem ser utilizadas durante os momentos de comunicação, contribuem para a ocorrência de EA. Sugere-se que ferramentas sejam utilizadas no intuito de sistematizar os momentos de passagem de plantão e transferência de pacientes, tanto para comunicação verbal, quanto escrita, respeitando a realidade e as especificidades de cada instituição. Tais ferramentas devem ser sucintas, mas conter informações sobre o estado clínico do paciente, história prévia, levantamento de riscos, pontos de atenção e recomendações para a continuidade do cuidado, de forma segura e eficaz.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu reflexões sobre a necessidade de melhorar os processos de comunicação entre os profissionais de saúde e, entre esses e os pacientes, tendo em vista a



constatação de uma expressiva quantidade de EA associados às falhas de comunicação. A utilização de ferramentas para a padronização do processo de transição do cuidado deve ser incentivada, fornecendo valiosas contribuições para melhoria das interações e, conseqüentemente, fortalecendo uma assistência em saúde segura.

Por fim, conclui-se que a comunicação é essencial nas relações humanas. Pacientes e profissionais tem papéis importantes nesse processo, os quais devem ser incentivados e valorizados, modificando o cuidado de forma a torná-lo, sobretudo, centrado no paciente. Tal medida é essencial para a transformação do cenário nas instituições de saúde e para o aperfeiçoamento da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 10 facts on patient safety [Internet]. Geneva; 2014 [acesso em 2016 dez 10]. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/.
2. World Health Organization. More than words: conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report [Internet]. Geneva; 2009 [acesso em 2017 abr 21]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.
3. 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.
4. Silva LD. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros [editorial]. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(4):425-6.
5. Barach P. Handover- Improving the continuity of patient care through identification and implementation of novel patient handover processes in Europe [Internet]. The Netherlands; 2015 [acesso em 2016 dez 10]. Disponível em: <http://www.handover.eu/index.html>.
6. Pena MM. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2015. 195p.
7. Teixeira TC, Cassiani SH. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(2):100-7.
8. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1):41-7.
9. Gillespie BM, Chaboyer W, Fairweather N. Interruptions and miscommunications in surgery: an observational study. *AORN J.* 2012;95(5):576-90.
10. Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2012.
11. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(11):2199-210.
12. Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM [Internet].* 2016 [acesso em 2016 jan 03];6(1):50-60. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf>.

13. Rabol LI, Andersen ML, Ostergaard D, Bjorn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(3):268-74.
14. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2016;1(6):2081-93.
15. Ilan R, Le Baron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *Online BMC Health Serv Res.* 2012;12(11):1-10.
16. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):376-81.
17. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Understanding and Improving Patient Handoffs. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(2):50-71.
18. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf.* 2012;21 Supl 1:i39-49.
19. Ong M, Coiera E. A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2011;37(6):274-84.
20. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto & Contexto Enferm.* 2016;25(1):e2310014.
21. Institute for Innovation and Improvement. SBAR-Situation-background-assessment-recommendation [Internet]. 2008 [acesso em 2013 jun 16]. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>.
22. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual.* 2009;24(3):196-204.
23. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014;371(19):1803-12.
24. 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.
25. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt2):369-74.

Data de submissão: 08/01/2017

Data de aceite: 06/03/2018

Autor correspondente: Mileide Morais Pena

E-mail: mileidempena@gmail.com

Endereço: Rua Irmã Maria Inês, 84 Torre 2 Ap 102, Jd. Chapadão, Campinas- SP, Brasil
CEP: 13070-030