



EDITORIAL

Chegamos ao trigésimo **Boletim do ISMP Brasil**. Uma iniciativa pioneira em nosso país, que começou em 2012. Não chegamos aqui sem acreditar que seria possível e muito menos sem as dificuldades comuns de quem deseja fazer a diferença. Nossa receita de sucesso é simples: seleção cuidadosa de temas, pesquisa das informações atualizadas em fontes confiáveis, isenção científica, revisão de conteúdo por especialistas e, finalmente, o esforço para que a informação seja acessível.

Uma equipe multiprofissional, exercendo suas funções rotineiras em diferentes instituições de Minas Gerais e do Brasil, tornou realidade nosso Boletim. Esse grupo sempre teve certeza da importância desse trabalho para a formação das novas gerações de profissionais, com ideias diferenciadas sobre práticas mais seguras em nossas instituições de saúde. E, mais, mostrando que é possível construir uma nova realidade a respeito da segurança do paciente.

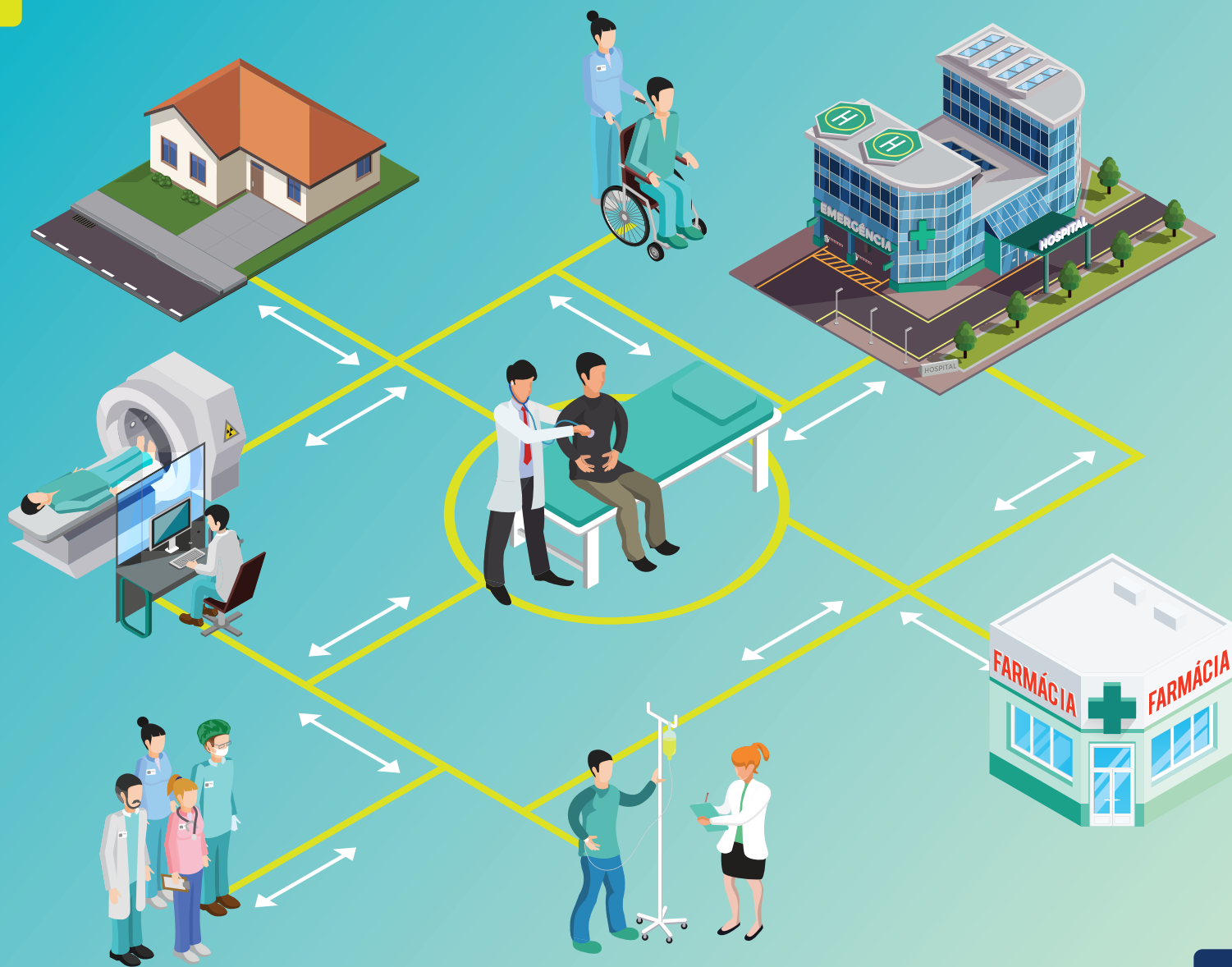
Vale registrar as parcerias da Diretoria de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Pan Americana de Saúde.

Agradecimentos especiais aos profissionais que, muitas vezes, de forma voluntária, ajudaram a construir cada edição do Boletim; ao **ISMP EUA**, pelo apoio e incentivo constantes e, acima de tudo, pelo exemplo que nos motivou a trilhar esse caminho. Também agradecemos aos profissionais de diferentes países da América do Sul que, a partir de um esforço conjunto, possibilitaram a criação da **Red Latinoamericana para el Uso Seguro de Medicamentos**, com a edição de um boletim próprio, em língua espanhola.

Por fim, já disseram: *“não consegue caminhar e chegar quem não parte do sonho”*. Pois aqui estamos: sete anos, trinta edições e muita vontade de seguir adiante.

PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

ISSN: 2317-2312 | VOLUME 8 | NÚMERO 2 | MARÇO 2019



BOLETIM **ismp** Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
Brasil

Conheça e fique por dentro. Ótima leitura!

PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

O Desafio Global de Segurança do Paciente “Medicação sem danos”, lançado em 2017 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem como objetivo geral reduzir os danos evitáveis relacionados ao uso de medicamentos (para mais informações, acesse o [Boletim do ISMP Brasil](#))^{1,2}. Para cumprir esse objetivo, são propostas ações em áreas prioritárias: situações de alto risco (por exemplo, os extremos etários e os cuidados em cenários hospitalares), polifarmácia (tratada no último número do [Boletim do ISMP Brasil](#)), e a transição do cuidado^{1,3}. Neste boletim, serão discutidos aspectos da transição do cuidado e sua relevância para o cenário de prevenção de erros de medicação. Mas, alertamos que elas não são áreas mutuamente excludentes e muitos pacientes podem estar expostos a várias situações de risco simultaneamente^{2,4}.

O termo transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e continuidade do cuidado em saúde quando pacientes são transferidos entre diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de cuidado em uma mesma instituição de saúde, ou entre diferentes profissionais^{5,6}. Cenários de cuidado à saúde representativos para transições incluem (mas não se limitam a) hospitais, instituições de longa permanência, diferentes níveis de atenção em um sistema de saúde, dife-

rentes setores de uma mesma instituição de saúde (pronto atendimento, unidades de internação, centro de terapia intensiva, bloco cirúrgico, etc.), a casa dos pacientes, clínicas, consultórios, ambulatórios, entre outros^{1,5,6}. Idealmente, a transição do cuidado deveria envolver o delineamento, comunicação, ajuste e conciliação de um plano de cuidado holístico, que incluiria objetivos terapêuticos e terapias (medicamentosas ou não) envolvidas para alcançar tais objetivos⁵.

São crescentes os desafios para uma transição do cuidado segura frente ao aumento da prevalência de doenças crônicas e do envelhecimento populacional, além da atual tendência de redução do tempo de permanência hospitalar e de aumento da atenção em nível domiciliar^{7,8}. Idosos e outros perfis de pacientes com doenças crônicas e em polifarmácia são mais propensos a passar por múltiplas transições de cuidados e estão em maior risco de exposição a incidentes de segurança^{9,10,11}. Além disso, frequentemente, as transições são acompanhadas por alterações no estado de saúde dos pacientes, podendo estar relacionadas a um novo diagnóstico, tratamento ou uma mudança no seu *status* funcional, que afete sua capacidade para gerir suas próprias condições fora do ambiente de cuidados de saúde¹⁰.

A elaboração deste Boletim foi coordenada pelo ISMP Brasil, com financiamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Editora chefe: Tânia Azevedo Anacleto

Editores Científicos: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Mário Borges Rosa

Autores: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Joyce Costa Melgaço de Faria

Colaboradores: Danielly Botelho Soares, Pedro Henrique Guimarães, Deborah Marta dos Santos Oliveira

Revisores: Djenane Ramalho de Oliveira, Adriano Max Moreira Reis, Tânia Azevedo Anacleto, Mário Borges Rosa, Sidiclei Machado Carvalho, Joyce Caroline Dinelli Ferreira, Maria Fernanda Santos Marques da Fonseca

Copyright 2019. ISMP Brasil – Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução deste boletim por quaisquer meios ou processos existentes, especialmente programas de computador, internet, material gráfico, impressão, microfilmagem, fotografia, bem como a inclusão dos artigos em qualquer outro material que não seja do ISMP Brasil sem a prévia autorização dos editores, por escrito.

No tocante específico à terapia medicamentosa, é sabido que a transição do cuidado aumenta a ocorrência de erros de medicação, sobretudo erros de comunicação envolvendo transição para ambientes hospitalares que podem causar danos graves aos pacientes^{1,6,12,13}. É estimado que entre 40 e 67% dos pacientes admitidos em hospitais apresentem pelo menos uma **discrepância*** e essas tendem a continuar

frequentes no momento da alta^{12,14,15}. Para prevenir erros de medicação e garantir uma transição segura, sobretudo entre diferentes locais de cuidado à saúde, é encorajado o uso de estratégias de conciliação medicamentosa que podem ser facilmente implementadas em sistemas e instituições de saúde independentemente de sua estrutura, dimensão ou aporte financeiro^{1,6,12}.

GLOSSÁRIO DE TERMOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA^{15,16}

- * **Discrepância:** qualquer diferença identificada na farmacoterapia do paciente documentada em diferentes cenários de cuidado à saúde. Ocorre quando o prescritor muda, adiciona ou omite um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição do cuidado.
- * **Discrepâncias não intencionais:** quando o prescritor mudou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição de cuidado de forma não intencional.
- * **Discrepância intencional não documentada:** quando o prescritor faz uma decisão intencional de mudar, adicionar ou omitir um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição de cuidado, mas sua escolha não está documentada de forma clara e completa.
- * **Melhor histórico medicamentoso possível** (do inglês *best possible medication history* ou BPMH): é o histórico medicamentoso obtido por um profissional de saúde, utilizando diferentes fontes de informação, que deve incluir um histórico completo dos medicamentos em uso regular (prescritos ou não prescritos; de uso contínuo, periódico ou recreacional; uso de plantas medicinais).

A conciliação medicamentosa é o processo formal no qual o profissional de saúde forma uma parceria com o paciente para garantir a transferência de informação completa e correta dos medicamentos em uso nas transições de cuidado¹⁵. Dessa forma, a conciliação possibilita a identificação e correção de discrepâncias relacionadas à farmacoterapia, e deve ser executada em todas as etapas de transição do cuidado^{6,12,15,16}. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma conciliação medicamentosa deve seguir sete princípios orientadores, sendo eles¹⁵:

- **Princípio 1** - Obter uma lista atualizada e precisa de medicamentos do paciente é essencial para garantir a prescrição segura em qualquer cenário.
- **Princípio 2** - Um processo estruturado formal para a conciliação de medicamentos deve ser

colocado em prática em todas as interfaces de cuidado.

- **Princípio 3** - A conciliação de medicamentos na admissão é a base para a conciliação em todo processo de cuidado à saúde.
- **Princípio 4** - A conciliação de medicamentos deve ser integrada aos processos existentes para o gerenciamento de medicamentos e fluxo dos pacientes.
- **Princípio 5** - O processo de conciliação medicamentosa é de responsabilidade compartilhada com todos os profissionais da equipe multidisciplinar, que devem estar cientes de suas atribuições.

- **Princípio 6** - Pacientes e familiares devem estar envolvidos na conciliação de medicamentos.
- **Princípio 7** - A equipe multidisciplinar deve ser treinada constantemente para ser capaz de coletar o **melhor histórico medicamentoso possível*** e executar o processo de conciliação.

Tais princípios reforçam a noção de que a conciliação deve ser um processo formal, detalhado e contínuo, envolvendo profissionais treinados e pacientes/familiares, que deve estar inserido de forma orgânica em uma estrutura mais ampla e abrangente de estratégias de promoção da segurança do paciente^{12,14}. A conciliação medicamentosa deve ser realizada em todas as etapas de transição do cuidado, mas deve ser priorizada no momento da admissão do paciente, na alta, nos períodos pré e pós-cirúrgico e quando o paciente utilizar múltiplos medicamentos e/ou medicamentos potencialmente perigosos (vide o [Boletim do ISMP Brasil com a última versão da Lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos de 2019](#))^{14,15,16,17}.

A conciliação medicamentosa tem demonstrado impacto positivo na redução da ocorrência de eventos adversos preveníveis relacionados a medicamentos^{6,12,16}. Entretanto, é importante ressaltar que revisões sistemáticas de literatura demonstram que essa prática aplicada de forma isolada apresenta resultados limitados e controversos na prevenção de discrepâncias não intencionais de forma geral, dentre outros desfechos negativos (ex.: reinternação, visitas a setores de emergência)^{12,18,19,20}. Isso reforça a reconhecida necessidade de se instituir múltiplas barreiras para prevenção de danos relacionados ao cuidado em saúde e proporcionar uma transição do cuidado mais segura^{6,12,21}.

Dentro desse cenário, destacam-se estratégias que promovam a comunicação efetiva, uma vez que é estimado que cerca de 80% dos erros graves relacionados à transição do cuidado envolvem falhas na comunicação entre os profissionais de saúde²². É recomendado, portanto, além do dimensionamento profissional e de tempo e espaço adequado para uma transição segura e efetiva, o uso de métodos padronizados e ferramentas de comunicação durante esse proces-

so, incluindo mnemônicos (abreviações que guardam dicas de ações a serem lembradas)¹³. Mnemônicos permitem, de maneira fácil e objetiva, a memorização e padronização mínima do que deve ser comunicado entre membros da equipe sobre o quadro do paciente, incluindo informações sobre a terapia medicamentosa^{23,24}. Seu uso promove, portanto, a efetivação de um bom trabalho e comunicação multiprofissional e, conseqüentemente, a cultura de segurança na instituição¹³. Existem, na literatura, mais de 20 mnemônicos descritos, sendo o **SBAR** (Quadro 2) a ferramenta mais citada^{13,23,24}.

O **SBAR** foi originalmente criado pela marinha americana e depois adaptado para a realidade de saúde, em 2003, inicialmente para facilitar a comunicação em situações de cuidado crítico²⁵. Hoje, o uso desse mnemônico validado é endossado por múltiplas organizações de saúde envolvidas na segurança do paciente (OMS, *Institute for Healthcare Improvement - IHI*, *Agency for Healthcare Research Quality - AHRQ*, *Australian Commission for Safety and Quality in Health Care - ACSQHC*, *The Joint Commission International*) e pode ser utilizado como ferramenta de comunicação em diferentes contextos e situações de saúde^{13, 25, 26}. Uma revisão da literatura recente descreveu os diferentes impactos do uso do SBAR, que incluem melhoria do processo de conciliação e da qualidade na comunicação, redução da ocorrência de eventos adversos e readmissão, aumento do encaminhamento de pacientes que demandavam cuidados intensivos, satisfação do paciente e dos profissionais de saúde no processo de comunicação, dentre outros²⁵. O mnemônico é mais efetivo em situações que envolvem tempo limitado para comunicação e nas quais uma decisão mais rápida é demandada, sendo interessante seu uso para comunicações de estado de saúde breves e entre diferentes profissionais de saúde ou de diferente *status* hierárquico²⁴. Entretanto, justamente por ser uma ferramenta de aplicação objetiva, existem limitações no seu uso para pacientes com históricos de saúde extensos e planos de cuidado mais complexos, o que levou ao desenvolvimento de ferramentas mais detalhadas como o **I-PASS** (Quadro 3)^{24,25}.

QUADRO 2 - FERRAMENTA SBAR

	Orientação	Exemplo
Situação	<ul style="list-style-type: none"> - Identifique-se como profissional e o setor/unidade de onde fala. - Identifique o paciente pelo nome e informe o motivo do contato para tratar sobre ele. - Descreva a situação problema. 	“Bom dia, Dr. João. Sou a ‘profissional’ (ex.: enfermeira ou farmacêutica) Maria. O paciente Francisco José da Silva, internado na unidade coronariana, encontra-se com prescrição de diltiazem SR por sonda nasoesnteral.”
Breve Histórico	<ul style="list-style-type: none"> - Informe as razões para admissão do paciente. - Cite aspectos importantes da sua história clínica (ex.: diagnóstico principal, procedimentos realizados, medicamentos em uso, resultados de exames). 	“O paciente tem 72 anos e foi admitido com dor precordial há dois dias. Possui histórico de hipertensão, dislipidemia e deglutição comprometida. Apresenta quadro de angina instável e está em uso de metoprolol intravenoso, ácido acetilsalicílico e clopidogrel em dose de manutenção, e diltiazem SR. Está, atualmente, em uso de sonda nasoesnteral; eletrocardiograma e troponina sem alterações.”
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Informe sobre os sinais vitais do paciente e outros dados quantitativos ou qualitativos sobre seu estado atual. - Dê sua avaliação e impressões sobre quadro clínico. 	“Frequência cardíaca 90 bpm, pressão arterial 150x80 mmHg, ECG e ausculta pulmonar realizados à admissão sem alterações relevantes; analgesia já realizada e paciente ainda queixa dor precordial.”
Recomendação	<ul style="list-style-type: none"> - Pontue quais são as necessidades imediatas para resolução do problema. - Fale qual a sua proposta para continuidade do cuidado. 	“Por ser de liberação prolongada, não é recomendado que o diltiazem SR seja administrado por sonda devido à possível sobredosagem. Assim, sugiro a substituição pelo diltiazem comprimido comum (que pode ser triturado) e ajuste na posologia para que a dose pretendida seja alcançada.”

Fonte: adaptado de NHS/ACT, 2018; e Müller et al., 2018 (27,28)

O **I-PASS** (Quadro 3) foi criado com o objetivo primordial de ser utilizado em circunstâncias de passagem de plantão e transições de cuidado entre profissionais e equipes, que, com frequência, são processos realizados de forma casual e sem método ou ferramentas padronizadas que apoiem o processo consistente e completo de transmissão de informações fundamentais que devem ser comunicadas de modo padronizado^{13,14}. Apesar de ser um mnemônico relativamente mais recente, alguns estudos já apontam impactos positivos do uso do I-PASS na redução de eventos ad-

versos, erros de forma geral, e na melhoria da qualidade da comunicação entre profissionais, agregando principalmente valor na etapa relacionada à “síntese do receptor” em que é confirmada a informação mais relevante e garante a confirmação do entendimento do receptor acerca do conteúdo transmitido^{23,29-31}. Entretanto, ainda não foram publicados estudos comparando o uso do I-PASS com o uso de outros mais antigos como o SBAR^{23,29-31}.

QUADRO 3 - FERRAMENTA I-PASS

	Orientação	Exemplo
I - Gravidade da Doença (do inglês "Illness severity")	Estado geral do paciente relacionado. Obs.: deve ser classificado quanto à gravidade de maneira objetiva. Ex.: instável, estável ou em observação.	Profissional 1: - Paciente em estado mais grave na unidade de pediatria.
P - Sumário do Paciente (do inglês "Patient Summary")	Resumo do histórico do paciente. Obs.: deve conter informações essenciais, como o motivo da admissão, antecedentes pessoais, evolução clínica, diagnóstico e plano de tratamento.	Profissional 1: - BS é um menino de quatro anos de idade com histórico de nascimento prematuro (26 semanas de gestação), admitido com hipóxia e dificuldade respiratória decorrentes de pneumonia do lobo inferior esquerdo. Apresentou tosse e febre alta durante dois dias antes da admissão. Chegou à emergência apresentando piora do quadro respiratório e hiponatremia (sódio: 130 mmol/L), provavelmente secundária à depleção de volume ou síndrome de secreção inapropriada de ADH. Recebeu fluido em bolus e foi iniciado oxigênio a 2,5 L. Está em uso de ceftriaxona.
A - Ações Pendentes (do inglês "Action List")	Atividades programadas, programação e <i>status</i> . Obs.: corresponde a uma lista de atividades programadas e/ou pendência para o dia, como, por exemplo, exames a serem realizados, interconsultas, retirada programada de dispositivos, entre outras.	Profissional 1: - Por favor, avalie o paciente às 22h, verifique se seus sinais vitais não estão alterados e se a saturação de oxigênio está estável. Verifique também o resultado da hemocultura.
S - Situações Preocupantes (do inglês "Situation awareness and contingency planning")	Visão geral da situação, planejamento para solucionar problemas potenciais/reais, expectativas. Obs.: situações preocupantes devem ser comunicadas preferencialmente com ações preventivas que reduzem os riscos potenciais ao paciente.	Profissional 1: - Se o <i>status</i> respiratório piorar, por favor, solicite nova radiografia do tórax para checar se não há efusão pleural.
S - Síntese do Receptor (do inglês "Synthesis by receiver")	Síntese pelo receptor: resumo do que foi ouvido, faz perguntas, reafirma atividades programadas. Obs.: corresponde a um processo comportamental e cultural que não exige registro. Porém, o objetivo é garantir a confirmação do entendimento do receptor quanto à informação prioritária na transição do cuidado.	Profissional 2: - Ok. Então confirme para mim em relação ao paciente BS, mediante a hipótese diagnóstica de pneumonia, que está em uso de ceftriaxona, oxigênio e fluidos. Não podemos esquecer da avaliação respiratória às 22 h e de verificar o resultado da hemocultura. Se o quadro respiratório piorar, repetirei a radiografia para investigar uma possível efusão pleural. Correto? Profissional 1: - Exato! Esses são os pontos relevantes para continuidade do cuidado a esse paciente.

Essas ferramentas são úteis como suporte aos profissionais para promover a transferência da responsabilidade do cuidado de modo consistente e assegurar que todos os dados críticos sejam repassados. Para utilizá-las adequadamente, é indispensável a observância de todos os elementos necessários para uma comunicação efetiva, como ambiente, via de comunicação e comunicadores envolvidos (profissionais responsáveis, pacientes, familiares/cuidadores), bem como treinamento adequado e um ambiente com promoção contínua de uma cultura de segurança. Além disso, o ideal é que as passagens sejam realizadas presencialmente, em um ambiente calmo, silencioso e livre de interrupções não emergenciais, permitindo amplo espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas. Porém, na impossibilidade de comunicação face a face, conversas por telefone podem ser úteis para evitar que os registros eletrônicos ou em papel sejam a única fonte de informação¹³.

Outras intervenções que podem ser efetivas para melhoria da segurança do paciente nas transições de cuidado e reduzir o risco de reinternações são o planejamento da alta com critérios e protocolos definidos, a padronização dos documentos de admissão e alta, e a realização de acompanhamento dos pacientes, incluindo ligações telefônicas e visitas domiciliares, sobretudo quando os pacientes possuem um medicamento potencialmente perigoso na sua prescrição de alta (vide o [Boletim do ISMP Brasil com a última versão da Lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos de 2019](#))^{14,20,32,33}.

As informações mínimas que o profissional ou serviço deve ter acesso ao receber um novo paciente são^{13,14,34}:

- Informações de contato do profissional ou equipe que encaminhou o paciente;
- Resumo do quadro clínico do paciente, principais eventos que levaram ao adoecimento ou episódio de internação, evolução e plano de cuidados;

- Avaliação da doença e gravidade;
- Plano de ação a ser cumprido;
- Planos de contingência;
- Alergias;
- Estado de saúde;
- Lista de medicamentos em uso;
- Exames laboratoriais atualizados;
- Dados vitais atualizados;
- Lista de sinais e sintomas que demandam atenção especial pelo paciente/familiar/cuidador.

Tendo em vista a complexidade e riscos envolvidos na transição do cuidado, todas essas estratégias e outras complementares devem ser colocadas em prática com um esforço multidisciplinar e a participação de profissionais devidamente treinados para tal e conscientes dos impactos da transição nos resultados em saúde, garantindo assim, uma coordenação do cuidado adequada^{5,6,15}. Esses profissionais também devem comunicar e explicar ao paciente mudanças na farmacoterapia e fornecer um registro escrito do novo esquema medicamentoso^{1,6,15}.

O envolvimento ativo do paciente ou seus familiares/cuidadores também é essencial para uma transição do cuidado segura, uma vez que o paciente é a única presença constante em todos os cenários de transição^{1,6,15}. Dessa forma, pacientes devem ser incentivados a questionar os profissionais caso suspeitem que tenha ocorrido algum equívoco envolvendo seus medicamentos e participar do processo de escolha da sua farmacoterapia^{5,7,14,15}. Devem também fornecer informação atualizada sobre os medicamentos em uso, trazendo consigo uma lista deles, ou até mesmo levando-os às consultas médicas, na admissão hospitalar e em todos os atendimentos de saúde (vide recomendações e cartaz para o paciente no [Boletim do ISMP Brasil sobre polifarmácia](#))^{3,6,15}.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2017. [acesso em jan 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
2. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2018;7(1):1-8. [acesso em jan 2019]. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMPBrasilDesafioGlobal.pdf>

3. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Polifarmácia: quando muito é demais? [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2018;7(3):1-8. [acesso em jan 2019]. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/541-BOLETIM-ISMP-NOVEMBRO.pdf>
4. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny MP, Donaldson LJ. The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm [Internet]. Bulletin of the World Health Organization. 2017;95(8):546-546A. [acesso em jan 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/en/>
5. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-7.
6. World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2016. [acesso em jan 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252272/1/9789241511599-eng.pdf>
7. Tregunno D. Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care. *Nurs Res Pract*. 2013; 2013:305705.
8. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care*. 2012;25(1):66-74.
9. Wheeler AJ, Scahill S, Hopcroft D, Stapleton H. Reducing medication errors at transitions of care is everyone's business. *Aust Prescr*. 2018;41(3):73-7.
10. Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, Kramer AM. Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Serv Res*. 2004;39(5):1449-65.
11. Anderson G. Chronic care: making the case for ongoing care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation [Internet]. 2010. [acesso em mar 2019]. Disponível em: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2010/01/chronic-care.html>.
12. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158 (5 Pt 2):397-403.
13. The Joint Commission. Sentinel Event Alert [Internet]. 2017. [acesso em mar 2019]. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA58HandoffComms9617FINAL\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA58HandoffComms9617FINAL(1).pdf)
14. Institute for Safe Medication Practices. Delayed Treatment after Transitions of Care: A Multi-Incident Analysis [Internet]. ISMP Canada Safety Bulletin. 2016;16(7):1-7. Disponível em: <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/2016/ISMPCSB2016-07-DelayedTreatment.pdf>
15. The High 5s Project Standard Operating Protocol. Assuring medication accuracy at transitions in care: medication reconciliation [Internet]. 2014. [acesso em mar 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>
16. Sponsler KC, Neal EB, Kripalani S. Improving medication safety during hospital-based transitions of care. *Cleve Clin J Med*. 2015;82(6):351-60.
17. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar [Internet]. Boletim ISMP Brasil. 2019;8(1):1-9. [acesso em jan 2019]. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletimismp-fevereiro2019.pdf>
18. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;8:CD010791.
19. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Kendall MC, McCarthy R. Effectiveness of pharmacist intervention to reduce medication errors and health-care resources utilization after transitions of care: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Patient Saf*. 2017 jun 30.
20. Rodrigues CR, Harrington AR, Murdock N, Holmes JT, Borzadek EZ, Calabro K, et al. Effect of pharmacy-supported transition-of-care interventions on 30-day readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2017;51(10):866-89.
21. Rochester Eyeguokan CD, Pincus KJ, Patel RS, Reitz SJ. The current landscape of transitions of care practice models: a scoping review. *Pharmacotherapy*. 2016;36(1):117-33.
22. The Joint Commission. Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications. 2012;32(8):1-2.
23. Riesenbergl LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual*. 2009;24(3):196-204.
24. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC, I-PASS Study Group. I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics*. 2012;129(2):201-4.
25. Shahid S, Thomas S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care – a narrative review. *Safe Health*. 2018;4(1):7.

26. IHI – Institute for Healthcare Improvement. SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. [acesso em mar 2019]. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>
27. NHS/ACT Academy for their Quality, Service Improvement and Redesign suite of programmes. SBAR communication tool – situation, background, assessment, recommendation [Internet]. 2018. [acesso em mar 2019]. Disponível em: <https://improvement.nhs.uk/documents/2162/sbar-communication-tool.pdf>
28. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg, K, Hautz, WE, Stock, S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022202.
29. 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.
30. Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, Hehn RS, Graham DA, Keohane C, et al. Effects of the I-PASS nursing handoff bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(12):949-57.
31. Sheth S, McCarthy E, Kipps AK, Wood M, Roth SJ, Sharek PJ, et al. Changes in efficiency and safety culture after integration of an I-PASS-supported handoff process. *Pediatrics*. 2016;137(2):e20150166.
32. Russell LM, Doggett J, Dawda P, Wells R. Patient safety – handover of care between primary and acute care. Policy review and analysis. Canberra: National Lead Clinicians Group, Australian Government Department of Health and Ageing; 2013
33. Kamer Mayer AK, Leasure AR, Anderson L. The effectiveness of transitions-of-care interventions in reducing hospital readmissions and mortality: a systematic review. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017;36(6):311-6.
34. Institute for Safe Medication Practices Canada. Hospital to home – Facilitating Medication Safety at transitions [Internet]. 2015. [acesso em mar 2019]. Disponível em: <https://www.ismp-canada.org/transitions/>