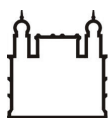




MULTIMORBIDADE

Série Técnica sobre
Atenção Primária
mais Segura



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

A Organização Mundial da Saúde concedeu direitos de tradução e publicação de uma edição em português para o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, que é o único responsável pelo conteúdo e precisão da versão em português. No caso de qualquer inconsistência entre as versões em inglês e português, a versão original em inglês será a versão obrigatória e autêntica.

Multimorbidade

Série Técnica sobre Atenção Primária mais Segura

© Proqualis, ENSP/Fiocruz, 2023.

Proqualis | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2023.

Coordenação executiva: Victor Grabois

Gerência de comunicação: Urânia Agência de Conteúdo

Tradução: Isabel Vasconcelos

Revisão técnica: Carla Gouvêa

Revisão gramatical: Priscilla Morandi

Diagramação e capa: Ampersand Comunicação Gráfica

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

Índice

Prefácio	4
1. Introdução	6
1.1 Escopo	6
1.2 Abordagem	6
2. Multimorbidade	7
2.1 Carga da multimorbidade	7
3. Possíveis soluções	9
3.1 Abordagem baseada em sistemas	9
3.2 Cobertura da atenção primária	10
3.3 Promoção da atenção por generalistas	10
3.4 Diretrizes para multimorbidade	11
4. Próximas etapas	12
5. Observações finais	14
Colaboradores	20
Referências	23

Prefácio

Atenção Primária mais Segura

Os serviços de saúde em todo o mundo se esforçam para prestar cuidados às pessoas quando elas precisam e as ajudam a se manterem bem. Em muitos países, os serviços de atenção primária estão cada vez mais no cerne das iniciativas para um cuidado de saúde integrado e centrado nas pessoas. Estes serviços servem como uma porta de entrada ao sistema de saúde, coordenam o cuidado de forma contínua e oferecem aos pacientes e suas famílias uma abordagem centrada na pessoa. A atenção primária acessível e segura é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde e apoiar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, que priorizam a vida saudável e promovem o bem-estar para todos.

Os serviços de saúde trabalham muito para prestar um cuidado seguro e de alta qualidade, mas às vezes as pessoas sofrem danos involuntários. O cuidado de saúde inseguro é reconhecido como um desafio global, e tem sido feito um grande trabalho para entender as causas, consequências e possíveis soluções para este problema. No entanto, até agora a maior parte deste trabalho se concentrou no cuidado hospitalar, e, por isso, ainda não temos uma boa compreensão do que pode ser feito para melhorar a segurança na atenção primária.

A prestação de uma atenção primária segura é uma prioridade. É importante compreender a magnitude e a natureza dos danos ocorridos na atenção primária, pois atualmente a maior parte do cuidado de saúde é prestada neste ambiente. Todos os dias, milhões de pessoas de todo o mundo usam serviços de atenção primária. Portanto, existe um grande potencial de ocorrência de danos, bem como uma grande necessidade de reduzi-los. A boa atenção primária pode reduzir o número de internações evitáveis, mas a atenção primária insegura pode causar doenças e danos evitáveis, levando a internações desnecessárias e, em alguns casos, à incapacidade e até mesmo à morte.

Para melhorar a segurança em todos os níveis do cuidado de saúde, é fundamental modificar o sistema e as práticas. Reconhecendo a escassez de informações acessíveis sobre a atenção primária, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um Grupo de Trabalho de Especialistas em Atenção Primária mais Segura. O Grupo de Trabalho fez uma revisão da literatura, priorizando áreas que precisam de mais pesquisa, e compilou um conjunto de nove trabalhos que cobrem temas técnicos prioritários. A OMS publica esta série técnica para disponibilizar o trabalho destes grandes especialistas a qualquer pessoa que se interesse por uma Atenção Primária Mais Segura.

O objetivo desta série técnica é servir como um compêndio de informações sobre questões fundamentais que podem afetar a segurança na prestação do cuidado de saúde na atenção primária. A série não propõe uma abordagem padronizada, uma vez que a atenção primária é organizada de diferentes maneiras segundo o país, e inclusive dentro de um mesmo país. Por exemplo, pode haver uma combinação de grandes serviços de atenção primária ou grupos de serviços com recursos compartilhados, e serviços pequenos com poucos funcionários e recursos. Alguns países têm serviços de atenção primária que funcionam dentro de grandes sistemas de apoio nacionais, enquanto outros contam principalmente com consultórios privados independentes que não estão vinculados ou bem coordenados. Portanto, a abordagem para melhorar a segurança na atenção primária deve considerar a aplicabilidade em cada país e ambiente de cuidado.

Esta série técnica cobre os seguintes tópicos:

Pacientes

- Engajamento do paciente

Profissionais da saúde

- Educação e treinamento
- Fatores humanos

Processos de cuidado

- Erros administrativos
- Erros de diagnóstico
- Erros de medicação
- Multimorbidade
- Transições de cuidado

Ferramentas e tecnologia

- Ferramentas eletrônicas

A OMS está empenhada em enfrentar os desafios de segurança do paciente na atenção primária, examinando formas práticas de abordá-los. Esperamos que esta série técnica faça uma contribuição valiosa para o planejamento e a prestação de serviços de atenção primária mais seguros em todos os Estados-Membros da OMS.

1. Introdução

1.1 Escopo

As pessoas muitas vezes vivem com diversos problemas de saúde. O envelhecimento das populações e o aumento das condições crônicas indicam que o número de pessoas com múltiplos problemas de saúde deverá aumentar. Essa “multimorbidade” ou a coexistência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo tem um impacto específico nas questões de segurança na atenção primária. Para melhorar a segurança na atenção primária, é essencial considerar os cuidados às pessoas com múltiplas condições de saúde. A multimorbidade também é mais comum em grupos desfavorecidos, contribuindo para as desigualdades em saúde. Esta monografia apresenta uma visão geral sobre as questões e algumas possíveis soluções para consideração pelos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O termo “multimorbidade” é usado para se referir a pessoas com múltiplas condições de saúde. Estas são muitas vezes condições de saúde de longo prazo que exigem cuidados complexos e contínuos.

1.2 Abordagem

Para compilar informações para esta monografia, a OMS buscou a orientação de especialistas na área recomendados pelo Grupo de Trabalho de Especialistas em Atenção Primária Mais Segura e analisou pesquisas relevantes, a literatura publicada e os currículos educacionais.

Especialistas internacionais na prestação de cuidados de atenção primária seguros forneceram feedback, compartilharam exemplos de estratégias que funcionaram bem em todo o mundo e deram sugestões práticas sobre possíveis prioridades para os países para melhorar a segurança dos serviços de atenção primária.

2. Multimorbidade

Os incidentes de segurança do paciente envolvem eventos ativos, como eventos adversos a medicamentos, complicações de intervenções, infecções e falhas nos cuidados (por exemplo, lesões por pressão), bem como eventos precursores, como prescrição inadequada, uso excessivo ou insuficiente de medicamentos, não adesão à medicação e atraso no diagnóstico. A maneira pela qual a segurança do paciente é mantida ao longo de suas interações com os cuidados de saúde reflete os diferentes desafios que ocorrem em função do curso da vida ou dos requisitos de saúde “do berço ao túmulo”. Pessoas com múltiplas condições de saúde representam um desafio específico para a segurança do paciente em todas as fases do ciclo de vida.

Pacientes com multimorbidade correm um risco maior de problemas de segurança por muitas razões, incluindo (1):

- polifarmácia, o que pode levar a baixa adesão à medicação e eventos adversos aos medicamentos;
- gerenciamento de regimes complexos;
- interações mais frequentes e complexas com os serviços de saúde, levando a uma maior suscetibilidade a falhas na prestação e coordenação dos cuidados;
- a necessidade de uma comunicação clara e cuidados centrados no paciente devido às necessidades complexas do paciente;
- regimes de autogerenciamento exigentes e prioridades concorrentes;
- maior vulnerabilidade a problemas de segurança devido a saúde precária, idade avançada, comprometimento cognitivo, letramento em saúde limitado e depressão ou ansiedade como comorbidades.

A segurança do paciente pode ser abordada a partir de uma perspectiva sistêmica em que as interações entre elementos do sistema geram condições que desafiam os limites normais de operação. As múltiplas interações e tratamentos na multimorbidade têm o potencial de gerar uma série de desafios significativos de segurança do paciente.

2.1 Carga da multimorbidade

A expectativa de vida melhorou dramaticamente nas últimas décadas e agora ultrapassa a idade de 75 anos em quase 60 países (2). A sobrevivência infantil também melhorou, e mais de um quarto da população mundial é de adolescentes e jovens, 86% dos quais residem em países de baixa e média renda (3). No entanto, o número de pessoas com ou em risco de doenças crônicas, como diabetes, problemas de saúde mental, vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e câncer também está crescendo rapidamente (4).

As pessoas que vivem com uma condição crônica muitas vezes têm múltiplas doenças, em vez de uma única condição (5). Tal multimorbidade é comum e sua prevalência vem aumentando

Nos últimos anos (6). Em um país desenvolvido, um grande estudo constatou que mais de 40% da população (todas as idades incluídas) tinha pelo menos uma condição crônica, e quase 25% de toda a população tinha mais de uma condição crônica (7).

Trabalho recente também mostrou altos níveis de multimorbidade em países de baixa e média renda (8). Isso significa que há um possível aumento nos problemas associados à multimorbidade, o que pode impactar na segurança do paciente.

Muitas vezes, as pessoas têm problemas de saúde física e mental simultaneamente (9). Uma

revisão sistemática de 86 estudos verificou que pessoas com multimorbidade mental e física tinham risco maior de incidentes ativos de segurança do paciente e precursores de incidentes de segurança (10).

A prevalência de multimorbidade aumenta substancialmente com a idade. No entanto, verificou-se que o número absoluto de pessoas com multimorbidade é maior naqueles com menos de 65 anos devido à distribuição etária da população. Isto é especialmente verdadeiro em áreas de alta vulnerabilidade. Assim, uma abordagem do ciclo de vida para a multimorbidade e para os desafios que ela representa para a segurança na atenção primária é de vital importância (11).

Um estudo concluiu que, acima dos 55 anos de idade, a multimorbidade tinha maior probabilidade de incluir pessoas com múltiplas condições de saúde física. Em grupos etários mais jovens, era mais provável que a multimorbidade envolvesse condições mistas de saúde física e mental. Isso foi duas a três vezes mais comum nos grupos mais desfavorecidos em comparação com os grupos menos desfavorecidos. Depressão e dor figuraram entre as cinco principais condições em todas as faixas etárias (12).

O gênero também é um determinante bem reconhecido da multimorbidade (5). Além das diferenças no número de condições entre pessoas de diferentes gêneros, também há diferenças nos grupos de doenças entre homens e mulheres. Em particular, os distúrbios metabólicos cardiovasculares são menos prevalentes em mulheres, mas as doenças psicogeriatricas são mais prevalentes (13).

3. Possíveis soluções

3.1 Abordagem baseada em sistemas

A multimorbidade está associada à privação socioeconômica. Um estudo em um país desenvolvido constatou que aqueles que vivem nas áreas mais carentes sofrem mais multimorbidade, que se desenvolve 10 a 15 anos mais cedo do que no decil menos carente da população (7). Isso destaca a importância de uma abordagem sistêmica para uma atenção primária mais segura para pessoas com mais de uma condição. A menos que uma abordagem sistêmica abrangente seja usada para lidar com as interações entre a multimorbidade e os fatores sociais, políticos e econômicos da privação, as intervenções de melhoria da segurança não conseguirão resolver o problema em vários níveis.

Pessoas com múltiplas condições podem ter uma maior vulnerabilidade geral a doenças e menos resistência a ameaças agudas à saúde (por exemplo, maior suscetibilidade a infecções). As influências que interagem levam a um padrão complexo na utilização dos serviços de saúde. A multimorbidade leva a uma maior probabilidade de encaminhamentos entre diferentes prestadores de cuidados de saúde. Isso pode aumentar os custos e levar a um cuidado mais fragmentado, comprometendo a segurança do paciente por meio da má integração do cuidado e de comunicação e coordenação deficientes (14).

Uma solução prática é aumentar a conscientização entre os formuladores de políticas e prestadores de cuidados de saúde de que a multimorbidade é a norma, e não a exceção entre as pessoas com condições crônicas. São necessárias políticas que abordem os determinantes sociais da saúde e forneçam cobertura universal para cuidados de saúde abrangentes.

Os prestadores e o público podem ser informados sobre as relações entre diferentes condições, características demográficas e outros aspectos do sistema para ajudar a defender e trabalhar em prol da equidade na saúde e nos cuidados de saúde.

Aqueles que planejam os cuidados de saúde às vezes veem esses cuidados como uma despesa, ao invés de um investimento. A multimorbidade é uma área em que o argumento de negócios (business case) para cuidados proativos e preventivos é potencialmente forte, e essa pode ser uma área importante para os formuladores de políticas explorarem.

O sistema de prestação de cuidados precisa ser projetado para que os especialistas generalistas realizem um bom trabalho em conjunto com outros membros do sistema de saúde mais amplo.

O desenho de sistemas pode ser pensado nos níveis macro, meso e micro. No nível macro do sistema, uma política de promoção do acesso e da equidade aos serviços é um elemento fundamental. Os formuladores de políticas também podem considerar como apoiar a prestação sistêmica de uma boa atenção primária no contexto de seus sistemas de saúde. Em alguns contextos, os investimentos podem ser úteis em sistemas com grandes infraestruturas. Um exemplo disso é investir em sistemas de informação, se for financeiramente viável. Sistemas de financiamento que incentivam cuidados proativos e preventivos são importantes.

No nível meso do sistema, os prestadores talvez precisem investir na viabilização de sistemas e relacionamentos com a comunidade e outros parceiros para que as equipes de cuidado possam funcionar de forma eficaz. Grande parte do conjunto de recursos na comunidade pode não residir na parte de saúde do sistema. Aspectos da assistência social podem ser administrados por diferentes formuladores de políticas e ter recursos diferentes. Em nível organizacional, a construção de conexões pode ajudar as equipes de cuidados a desenhar processos integrados de cuidado.

No nível micro do sistema, são necessários sistemas para apoiar cuidados seguros, bem como investimento em habilidades e na capacidade de melhoria contínua.

3.2 Cobertura da atenção primária

A cobertura universal é importante porque se concentra em aumentar o acesso. O acesso aos serviços é mais significativo se o sistema for projetado para oferecer cuidados que previnam, minimizem e retardem a multimorbidade e forneçam cuidados seguros quando houver multimorbidade. Assim, tanto o acesso quanto o desenho do sistema de prestação, tendo a segurança como foco, precisariam ser considerados dentro de uma abordagem sistêmica mais ampla.

A gestão de pessoas com múltiplas condições de forma segura e efetiva na atenção primária depende de um sistema de atenção primária bem organizado e forte, que geralmente é definido como aquele que oferece cuidados abrangentes durante um período a uma população definida. Isso significa que os pacientes podem ser acompanhados, as doenças crônicas, monitoradas e gerenciadas, e diferentes problemas podem ser tratados pela mesma equipe, integrando assim o cuidado em torno do paciente.

Países com sistemas de cuidados primários fortes oferecem cuidados mais seguros e com melhor relação custo-benefício. No entanto, um problema generalizado nos sistemas de atenção primária em todo o mundo é a existência contínua da “lei dos cuidados inversos”, que afirma que a disponibilidade de um bom cuidado de saúde tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida (15). Isso é mais óbvio nos sistemas de saúde que são, em grande parte, privados com fins lucrativos, exigindo desembolso direto (16). Também pode afetar sistemas que oferecem cobertura universal em um serviço nacional de saúde, porque os serviços de atenção primária são frequentemente distribuídos pela população, e não pelas necessidades de saúde da população local e, também, se o pacote financeiro para cobertura não alinhar os pagamentos às necessidades dos mais vulneráveis da população (17).

As pessoas que vivem em áreas mais pobres muitas vezes têm pior acesso a cuidados seguros e de alta qualidade, incluindo tempos de espera mais longos para ver um prestador de cuidados primários e uma duração de consulta mais curta (18). Os prestadores de cuidados primários em áreas carentes também se mostraram mais estressados devido à maior demanda e complexidade clínica dos pacientes. O esgotamento da equipe de saúde é mais comum nessas circunstâncias e representa uma ameaça à segurança do paciente (19).

A “lei dos cuidados inversos” resulta de decisões políticas dos governos. Assim, tanto os formuladores de políticas quanto os prestadores de cuidados de saúde devem ser defensores ativos da necessidade de mudança. Por exemplo, em um país de alta renda, os médicos de atenção primária que trabalham nas 100 áreas mais carentes formaram um grupo de pressão, que documentou ativamente os problemas que eles e seus pacientes enfrentavam, incluindo questões relacionadas à segurança do paciente (20).

O fortalecimento da atenção primária pela oferta da cobertura universal de cuidados de saúde é uma etapa importante, mas os países também devem estar atentos à “lei dos cuidados inversos” e às necessidades complexas de pacientes com multimorbidade para receber cuidados de saúde de alta qualidade no local do primeiro contato.

3.3 Promoção da atenção por generalistas

Pessoas com múltiplas condições podem precisar de cuidados especializados de forma episódica, mas suas necessidades gerais de cuidados de saúde provavelmente serão mais bem atendidas por generalistas que combinam uma base comunitária e habilidades clínicas abrangentes com “medicina interpretativa”, integrando várias fontes de conhecimento com a avaliação das necessidades individuais (21). Esta é cada vez mais a missão da medicina de família, e os países que usam médicos de família em equipes de atenção primária são conhecidos por fornecer cuidados mais eficazes para pacientes com múltiplos problemas (22). Assim, para melhorar a segurança, sistemas abrangentes de atenção primária que apoiam a atenção por generalistas podem ser colocados no centro do gerenciamento de pessoas com multimorbidade. Uma análise

do generalismo médico em um país de alta renda sugeriu que este é um compromisso central da atenção primária forte e concluiu que é necessário dar mais ênfase à formação de médicos de família e generalistas (23).

Nessa perspectiva, os profissionais da atenção primária precisam ser treinados como “generalistas especialistas” e adotar uma abordagem de cuidados personalizada e centrada no paciente para pessoas com múltiplas condições, incluindo treinamento de pós-graduação para incorporar uma conscientização sobre questões de segurança. Há também a necessidade de incluir a multimorbidade na educação no nível de graduação e no treinamento em saúde em geral.

Em muitos sistemas de saúde, há uma crescente fragmentação dos cuidados, e as pessoas com multimorbidade enfrentam uma infinidade de investigações biomédicas. Isso aumenta o risco de eventos adversos e pode não levar a bons resultados. O fortalecimento da capacidade no nível da atenção primária ajudaria a coordenar essas investigações e fornecer cuidados mais abrangentes e centrados na pessoa.

3.4 Diretrizes para multimorbidade

As diretrizes clínicas analisam e resumem evidências sobre os tratamentos mais eficazes para condições específicas e fornecem recomendações para seu uso. No entanto, as diretrizes quase sempre focam em condições únicas. Por exemplo, entre outras, existem diretrizes individuais para diabetes, asma e AVC. As orientações raramente levam em conta a multimorbidade (24). Os estudos randomizados nos quais as diretrizes são baseadas muitas vezes excluem a participação de pessoas com múltiplas doenças. As características socioeconômicas dos participantes dos estudos são raramente relatadas, dificultando o uso das evidências pelos prestadores de cuidados primários na sua população de pacientes bastante diversificada (25). A possibilidade de interações entre medicamentos e entre condições torna a aplicação de diretrizes clínicas baseadas em uma única doença potencialmente perigosa para pessoas com múltiplas condições (26).

Uma recente revisão da Cochrane de intervenções específicas para pessoas com multimorbidade encontrou apenas 10 ensaios randomizados publicados em todo o mundo (27).

Uma solução é que os formuladores de políticas e órgãos de financiamento de pesquisa priorizem ensaios randomizados e outros estudos que se concentrem em pessoas com multimorbidade, incluindo estudos sobre segurança na atenção primária. Há necessidade de diretrizes clínicas que considerem a multimorbidade.

Os prestadores de cuidados de saúde poderiam personalizar e adaptar os cuidados às necessidades dos pacientes individuais, combinando as melhores evidências com conhecimento e julgamento clínicos e usando a tomada de decisão compartilhada para entender melhor os objetivos, os valores e as preferências dos pacientes (28).

4. Próximas etapas

O envelhecimento da população, estilos de vida menos saudáveis e uma incidência crescente de doenças crônicas significam que a multimorbidade está em ascensão. Esta tendência é um grande desafio de saúde enfrentado por todos os países.

Para gerenciar com segurança pessoas com múltiplas condições, as equipes de atenção primária precisam ser bem treinadas, organizadas e dotadas de recursos. O cuidado precisa ser proativo e antecipatório, adotando uma abordagem de ciclo de vida e incluindo cuidados preventivos para aqueles em risco de desenvolver múltiplas doenças.

Além disso, os sistemas de atenção primária precisam ser mais bem integrados com outras partes dos sistemas de saúde, de educação e de assistência social. A atenção primária deve ser voltada para a comunidade e conectar-se diretamente com os ativos da comunidade local, contribuindo assim para a resiliência individual e comunitária e para o capital social.

As estratégias que os Estados-Membros poderiam considerar priorizar para abordar cuidados mais seguros para pessoas com multimorbidade incluem (29):

1. Fazer mudanças no nível da política

- Integrar políticas sobre os determinantes sociais da saúde com equidade da atenção primária, de modo a superar a “lei do cuidado inverso”;
- priorizar o desenvolvimento de cuidados primários fortes dentro da cobertura universal de cuidados de saúde. Isso requer planejamento e educação da força de trabalho em nível de graduação e pós-graduação sobre o generalismo e o gerenciamento da multimorbidade;
- priorizar pesquisas sobre o gerenciamento seguro de pessoas com múltiplas condições na atenção primária.

2. Adotar uma abordagem sistêmica

- Desenvolver sistemas para melhorar a comunicação e a coordenação entre os diferentes níveis do sistema de cuidados de saúde e apoiar melhor os cuidados integrados nos níveis primário e secundário, nos setores da saúde e da assistência social;
- pensar holisticamente sobre o cuidado. As doenças não podem ser interpretadas fora do contexto da pessoa que sofre com elas. É necessário considerar as condições físicas coexistentes de cada paciente, bem como sua saúde mental e circunstâncias sociais. Isso ajudará a identificar problemas específicos de segurança – como, por exemplo, a falta de adesão à medicação porque o paciente está desempregado e não pode comprar medicamentos;
- integrar o trabalho de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros membros da equipe multidisciplinar na gestão de pessoas com múltiplas condições de saúde, incluindo planos de cuidados integrados;
- evitar a dependência de diretrizes clínicas de condição única, que não levam em conta pessoas com múltiplas doenças;
- conciliar recomendações de diretrizes baseadas em uma única doença e incluir informações sobre cuidados nos níveis primário, secundário e terciário para ajudar a integração;
- capacitar profissionais em como auxiliar pessoas com multimorbidade.

3. Identificar pessoas que precisam de apoio adicional

- Ter uma maneira de identificar pessoas com múltiplas condições em cada ambiente de atenção primária e aquelas em risco para ajudar com medidas preventivas. Sistemas e registros de prontuários eletrônicos podem ajudar;
- reconhecer que as pessoas com multimorbidade são muitas vezes mais velhas e mais frágeis, portanto intervenções direcionadas, como a prevenção de quedas, podem melhorar a segurança do paciente;
- reconhecer as ligações entre saúde mental e física;
- priorizar o diagnóstico e o tratamento de condições de saúde mental. Pessoas com multimorbidade combinada de saúde mental e física correm maior risco de incidentes de segurança. A depressão é particularmente comum na multimorbidade, mas muitas vezes pouco reconhecida e associada a resultados ruins;
- considerar consultas mais longas para pessoas com múltiplas condições, seja oferecendo-lhes sempre mais tempo ou permitindo mais flexibilidade no sistema de agendamento;
- estratificar a prestação de cuidados para poupar os recursos para aqueles que mais precisam.

4. Priorizar a coordenação dos cuidados e o apoio ao autogerenciamento

- Aumentar o número de médicos generalistas;
- incluir gerentes de casos/cuidados como parte da equipe;
- aumentar o treinamento sobre habilidades para consulta eficazes;
- aumentar o grau em que as pessoas consultam o mesmo prestador ou prestadores que compartilharam informações;
- melhorar a coordenação dos cuidados, garantindo que cada paciente tenha um prestador de cuidados de saúde primários designado que seja claramente responsável pelos seus cuidados;
- promover o autogerenciamento para ajudar as pessoas com múltiplas condições a assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar e segurança;
- implementar estratégias de educação e engajamento do paciente;
- apoiar cuidadores informais, como amigos, cuidadores e familiares;
- usar prontuários e sistemas de informação compartilhados;
- usar ferramentas para passagens de caso seguras, incluindo ferramentas de comunicação estruturadas, como SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação; em inglês Situation, Background, Assessment, Recommendation) e modelos de referência dentro das unidades, bem como entre as organizações;
- usar técnicas de read-back (ler de volta), teach-back (ensinar de volta) e outras formas de garantir que o que foi comunicado foi entendido;
- tomar medidas para reduzir o uso inconsistente de abreviações entre vários prestadores;
- usar clínicas gerais ao invés de clínicas para condições específicas.

5. Simplificar os regimes de tratamento

- Defender a polifarmácia adequada, trabalhando com os prestadores de cuidados de saúde para simplificar regimes de tratamento, usando auxílios à medicação para promover a adesão, garantindo que os pacientes entendam seus tratamentos e interrompendo as prescrições de tratamentos de valor limitado;
- reduzir a tendência de definir condições como doenças que necessitam de tratamento; por exemplo, a osteoporose é um fator de risco para fratura, mas não é necessariamente um estado de doença. Da mesma forma, a hipertensão pode ser vista como um fator de risco, e não como uma doença. Ser cuidadoso sobre como os fatores de risco são gerenciados pode ajudar a reduzir a polifarmácia e maximizar as oportunidades de usar medidas não farmacológicas para melhorar a saúde;
- manter uma lista atualizada de medicamentos e reconhecer que as transições de cuidados são pontos de risco específicos;
- introduzir tecnologia, como alertas para interações medicamentosas e lembretes para os pacientes sobre o horário, o tipo e a dose dos medicamentos, o que é particularmente útil para a polifarmácia.

5. Observações finais

Os serviços de atenção primária estão no cerne do cuidado de saúde em muitos países. Servem como ponto de entrada no sistema de saúde e afetam diretamente o bem-estar das pessoas e a forma como usam os outros recursos de saúde. A atenção primária insegura ou ineficaz pode aumentar a morbidade e a mortalidade evitáveis e levar ao uso desnecessário de escassos recursos hospitalares e serviços especializados. Por isso, é essencial melhorar a segurança da atenção primária para garantir a cobertura universal de saúde e a sustentabilidade do cuidado. Uma atenção primária mais segura é fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, em particular para garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar de todos, em todas as idades.

É importante compreender a magnitude e a natureza dos danos na atenção primária, pois uma proporção significativa do cuidado de saúde é prestada neste ambiente, e, ainda assim, existe pouca clareza sobre as formas mais efetivas de abordar os problemas de segurança neste nível.

Este trabalho resume as evidências e experiências sobre o gerenciamento de cuidados para pessoas com múltiplas condições de saúde para a segurança do paciente na atenção primária. No entanto, as intervenções para desenhar sistemas de prestação de cuidados para o atendimento ao paciente com multimorbidade precisam ser implementadas em conjunto com outros aspectos importantes abordados nesta série.

A Série Técnica Sobre Atenção Primária Mais Segura aborda áreas selecionadas que os Estados-Membros da OMS podem priorizar, de acordo com as necessidades locais. Esta seção resume as principais mensagens de todos os trabalhos da série e apresenta uma lista de 10 ações-chave que provavelmente terão o maior impacto na melhoria da segurança na atenção primária. Também são incluídos links para ferramentas e manuais on-line, a fim de apresentar sugestões práticas para os países e organizações comprometidos em promover esta agenda.

1. Definir as prioridades locais

Os países e regiões diferem entre si, e uma estratégia que funciona bem em uma área pode não ser facilmente transferível para outra. Da mesma forma, problemas que precisam ser melhorados em algumas regiões podem não ser uma prioridade em outras. Ao procurarem melhorar a segurança na atenção primária, os países podem usar informações locais sobre os seus problemas de segurança para identificar as principais prioridades em nível nacional ou regional. Para definir as prioridades, os países podem contar com a contribuição de pacientes e profissionais, examinar as estatísticas locais sobre problemas de segurança e comparar os principais temas da literatura com as circunstâncias locais (30).

Também existem listas de verificação para ajudar a identificar possíveis problemas de segurança do paciente, tais como os riscos ambientais nos serviços de atenção primária (31).

Uma maneira prática de avançar consiste em criar mecanismos para reunir os principais grupos de interesse, a fim de considerar as informações locais disponíveis e desenvolver estratégias e planos operacionais para melhorar a segurança na atenção primária. A ampla divulgação das prioridades propostas, alterando-as com base no feedback de profissionais da saúde e pacientes, ajudaria a garantir o envolvimento dos grupos de interesse e a gerar conscientização sobre a importância de melhorar a segurança do paciente na atenção primária.

A medição regular de indicadores de desempenho relacionados à segurança poderia ser considerada uma das prioridades. Os decisores políticos podem usar indicadores para identificar áreas locais nas quais o desempenho está abaixo do ideal e, em seguida, avaliar diferentes tipos de intervenções para melhorá-lo. As prioridades podem ser revistas após alguns anos para assegurar que continuam alinhadas com as necessidades locais e as boas práticas.

2. Adotar uma abordagem sistêmica mais ampla para melhorar a segurança

Embora a série tenha descrito áreas técnicas específicas, cada trabalho estabelece laços com outras áreas. Se o foco estiver em melhorar apenas um fator, poderá não haver um impacto grande ou sustentável sobre a segurança do paciente em geral. Pode ser importante melhorar simultaneamente a comunicação com os pacientes, treinar os profissionais da saúde e introduzir novas ferramentas para promover um cuidado mais eficiente.

O uso de uma abordagem sistêmica para tornar a atenção primária mais segura envolve examinar de que forma os diferentes componentes se relacionam entre si e considerar os diversos fatores que poderiam influenciar a segurança. Por exemplo, fatores como a disponibilidade e as competências da força de trabalho.

Uma iniciativa prática ao nível sistêmico consiste em aumentar a comunicação e a coordenação entre os diferentes tipos de cuidado, incluindo a atenção primária e a secundária e também os serviços sociais. Isto pode incluir o fortalecimento dos sistemas técnicos para compartilhar os prontuários dos pacientes e comunicar o que está acontecendo.

Também é importante estabelecer boas relações entre os profissionais. Ao nível das políticas, pode-se considerar como desenvolver uma infraestrutura de apoio, como um diretório de serviços que ajude a criar redes de profissionais e alinhar os recursos. Se os profissionais do cuidado hospitalar, da atenção primária e de serviços sociais puderem se reunir e discutir questões de segurança, será mais fácil estabelecer relações de apoio e melhorar a compreensão sobre o papel de cada um. Podem ser criados fóruns ou reuniões regionais para que os profissionais de diferentes organizações se conheçam e compartilhem os seus êxitos e desafios na melhoria da segurança do paciente.

Existem manuais e listas de referência que trazem mais ideias para melhorar a coordenação e reduzir a fragmentação entre os sistemas (32,33).

3. Comunicar a importância da segurança na atenção primária

Os formuladores de políticas, profissionais da saúde, pacientes e famílias nem sempre estão cientes de que existem importantes questões de segurança a serem consideradas na atenção primária. A conscientização sobre esta questão como uma área prioritária ajudará todas as partes interessadas a entender por que a segurança na atenção primária é essencial para melhorar o bem-estar das pessoas e preservar os escassos recursos do cuidado de saúde.

Para aumentar a conscientização sobre a necessidade de melhorar a segurança do paciente na atenção primária, podem ser destacadas as graves consequências da falta de segurança, particularmente em relação às deficiências nas transições de cuidado entre a atenção primária e outros níveis e aos erros administrativos, diagnósticos e de medicação.

Algumas maneiras práticas de aumentar a conscientização são a inclusão de informações relacionadas à segurança no treinamento dos profissionais da saúde, a comunicação efetiva com profissionais e pacientes pelos canais mais adequados e a difusão das principais mensagens por meio de campanhas na mídia. Um plano de comunicação pode ser desenvolvido durante a definição das prioridades locais, discutida anteriormente.

4. Manter o foco na promoção de uma cultura de segurança positiva

A liderança eficaz e uma cultura de apoio são essenciais para melhorar a segurança na atenção primária. Isto significa criar um ambiente no qual os profissionais e pacientes se sintam capazes de se manifestar sobre as questões de segurança que lhes preocupam, sem medo de culpa ou retaliação. Significa promover um ambiente no qual as pessoas queiram notificar os riscos e incidentes de segurança a fim de aprender com eles e reduzir a sua ocorrência e no qual os

incidentes sejam vistos, em grande medida, como consequências de falhas sistêmicas, e não individuais. Também é importante contar com mecanismos de feedback para explicar quaisquer melhorias que tenham sido feitas depois de terem sido levantadas questões de segurança. A promoção da transparência é fundamental para criar uma cultura de segurança forte.

Existem diversas ferramentas que apresentam abordagens para apoiar o desenvolvimento e a medição de uma cultura de segurança positiva (34,35).

Medidas práticas que podem ser tomadas para fortalecer a cultura de segurança incluem: realizar rondas de lideranças, nas quais os altos diretores e líderes clínicos percorrem os serviços (neste caso, visitam as clínicas e conversam com funcionários e pacientes sobre o que está funcionando bem ou não tão bem); iniciar as reuniões em equipe com a história de um paciente; usar práticas reflexivas, como auditorias, para discutir questões de segurança; e contar com mecanismos para notificar problemas de segurança, por exemplo, durante as reuniões regulares das equipes. Talvez seja preciso adaptar estas abordagens para utilizá-las em clínicas de atenção primária de menor dimensão. Independentemente do método específico, o foco deve ser aumentar a conscientização, incentivar as discussões sobre a segurança e tomar medidas de seguimento concretas para estabelecer uma cultura de segurança.

5. Reforçar os métodos para medir e monitorar a segurança do paciente

É importante medir e monitorar as melhorias na segurança do paciente ao longo do tempo. Isto pode incluir o estabelecimento de definições claras de incidentes de segurança do paciente e indicadores a serem medidos anualmente, a criação de sistemas nacionais ou locais de notificação de incidentes para compilar dados regularmente ou o uso de ferramentas para avaliar as experiências dos pacientes e medir as melhorias na segurança.

O uso de listas de verificação nas unidades de atenção primária pode melhorar a qualidade do cuidado e servir como uma forma estruturada de manter registros. Existem vários exemplos de listas de verificação para melhorar o monitoramento da segurança (36).

A qualidade dos dados é fundamental para medir as melhorias na segurança do paciente. Se não forem mantidos prontuários precisos e completos, a ocorrência de erros e omissões poderá aumentar. À medida que os sistemas de saúde amadurecem, os processos de governança clínica tendem a se fortalecer. Isto inclui a existência de processos para gerir os riscos e identificar estratégias de melhoria.

Existem diversas ferramentas para medir e monitorar diferentes aspectos da segurança na atenção primária, e os países podem examinar o que está disponível atualmente e adaptar os materiais com base nas prioridades locais (37,38).

6. Fortalecer o uso de ferramentas eletrônicas

A adoção de ferramentas eletrônicas será fundamental para melhorar a segurança de muitas maneiras. Alguns exemplos são o uso de prontuários eletrônicos para manter registros mais precisos e completos sobre os pacientes, o compartilhamento oportuno e confiável de dados de saúde, o apoio ao diagnóstico, ao monitoramento e ao gerenciamento de doenças e condições, a promoção de mudanças comportamentais para reduzir os riscos de saúde e o empoderamento e envolvimento de pacientes e famílias em seu próprio cuidado. Os sistemas de saúde eletrônica (e-Saúde, e-Health) podem ajudar a estruturar a comunicação entre os profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros e melhorar a coordenação. Assim, é possível reduzir as consultas e internações desnecessárias e melhorar o acesso aos conhecimentos sobre as condições de saúde e a sua gestão tanto para profissionais como para pacientes. No entanto, para alcançar todo o seu potencial, as ferramentas eletrônicas precisam ser integradas com outras partes da prestação de serviços e adaptadas ao contexto local.

A implementação de ferramentas eletrônicas exige tempo e recursos, bem como a capacidade de usá-las e mantê-las. Por isso, é importante trabalhar de forma estratégica e compreender as bases e o desenho dos sistemas para assegurar o melhor retorno sobre o investimento. A implementação de ferramentas eletrônicas em ambientes locais vinculada a uma estratégia nacional de e-Saúde é essencial, pois providencia a base, a justificativa e o apoio necessários para avançar de forma coordenada.

Independentemente do estado do sistema de saúde, é importante fortalecer o uso de sistemas eletrônicos para melhorar a segurança do paciente. Em alguns países, isto pode envolver a introdução de prontuários eletrônicos para substituir os prontuários em papel. Em outros, pode significar a integração dos sistemas eletrônicos entre a atenção primária, o cuidado hospitalar e os serviços sociais, ou a adaptação das ferramentas para torná-las mais fáceis de usar por profissionais e pacientes. Os países podem aproveitar as lições aprendidas em outros países com a implementação de prontuários eletrônicos, conhecendo os desafios enfrentados e a forma como foram superados e as melhores práticas que podem ser aplicadas em seus próprios ambientes.

7. Envolver os pacientes e suas famílias

Para melhorar a segurança do paciente, pode ser fundamental empoderar e incentivar os pacientes a se manifestarem — por exemplo, quando algo não parece certo ou quando um sintoma é explicado de forma inadequada. Os familiares desempenham um papel fundamental como defensores e cuidadores informais; dessa forma, o apoio e a educação das famílias podem ajudar a melhorar a segurança.

O envolvimento proativo dos pacientes e suas famílias pode ajudar a acelerar a implementação de iniciativas de segurança. Quando os sistemas se abrem para os pacientes em vez de serem reativos, torna-se mais fácil melhorar a eficiência do sistema e a qualidade do cuidado.

Já foram avaliadas várias ferramentas para melhorar o envolvimento e a conscientização de pacientes e familiares, incluindo aqueles com baixos níveis de letramento em saúde (39-42).

8. Fortalecer as capacidades da força de trabalho para melhorar a segurança

É necessário fortalecer os recursos humanos da atenção primária em muitos ambientes por meio do treinamento de um grande conjunto de trabalhadores generalistas, incluindo médicos, enfermeiros e profissionais com funções de apoio.

O fortalecimento da força de trabalho também envolve o recrutamento e a retenção de funcionários, tomando medidas para melhorar a segurança física e psicológica dos profissionais da saúde. O esgotamento, o cansaço e o estresse entre profissionais podem afetar negativamente a segurança do paciente.

A educação e o treinamento de profissionais da saúde para gerir e minimizar os riscos e danos que podem ocorrer na atenção primária são fundamentais para melhorar a segurança em todos os níveis de cuidado. Isto inclui o treinamento de estudantes em segurança do paciente (incluindo aqueles que não estejam estudando para trabalhar na atenção primária, a fim de assegurar a compreensão por parte de profissionais sobre os diferentes níveis do cuidado), a educação multidisciplinar e interprofissional e o desenvolvimento profissional continuado. Existem diversos materiais educativos gratuitos para ajudar com este processo (43-45). Outra medida seria tornar o envolvimento em segurança e melhoria da qualidade obrigatório para a educação continuada e o licenciamento de profissionais.

Além da educação formal, também podem ser aplicadas abordagens informais para reforçar as capacidades da força de trabalho a fim de melhorar a segurança. Tais abordagens podem incluir a realização de reuniões regionais e sessões de tutoria para rever os incidentes de segurança do paciente e as áreas que podem ser melhoradas, bem como realizar pequenas reuniões em equipe para reforçar as competências dos profissionais.

9. Concentrar o trabalho nas pessoas com maior risco de sofrer incidentes de segurança

Algumas pessoas correm um maior risco de sofrer incidentes de segurança na atenção primária; dentre elas, crianças, idosos, pessoas em atenção domiciliar ou em instituições de longa permanência e pessoas com múltiplas condições de saúde. Pessoas com problemas simultâneos de saúde mental e física também apresentam um maior risco de sofrer incidentes de segurança.

O trabalho concentrado nos grupos com maior risco pode melhorar a qualidade e a segurança do cuidado, proporcionando uma atenção mais personalizada e garantindo transições mais suaves entre os serviços e dentro deles. Por exemplo, a capacitação dos profissionais para a identificação e o tratamento da depressão pode ter um impacto positivo, dada a alta taxa de eventos adversos em pessoas com problemas combinados de saúde mental e física.

Em sua maioria, os sistemas de saúde de todo o mundo não foram concebidos para cuidar de pessoas com múltiplas condições de saúde. Desta forma, os sistemas podem precisar se concentrar mais no que pode ser feito para melhorar o cuidado de pessoas com múltiplas doenças, estudando, inclusive, se as intervenções sociais são mais valiosas que o aumento da medicalização.

Diversas diretrizes e ferramentas sugerem medidas práticas para apoiar pessoas com um maior risco de incidentes de segurança (46-50).

10. Celebrar os êxitos e compartilhar o aprendizado com os outros

As equipes locais, regiões e países devem comemorar os seus sucessos e compartilhar o aprendizado com os outros. Conhecer o que funcionou bem pode despertar ideias e ajudar a manter o ímpeto no trabalho por uma atenção primária mais segura.

A pesquisa em andamento desempenha um papel fundamental na identificação dos métodos mais eficazes para melhorar a segurança e das melhores práticas e histórias de sucesso nos diferentes ambientes de cuidado. Embora esta série técnica tenha reunido uma ampla gama de evidências e conhecimentos, também destacou uma série de lacunas sobre o que funciona melhor para melhorar a segurança do paciente no contexto da atenção primária. Continuando a promover o aprendizado por meio da pesquisa e publicando e divulgando os resultados, os países podem contribuir com o conhecimento nesta área.

Colaboradores

Grupo de coordenação

Aziz Sheikh

University of Edinburgh
Edimburgo, Reino Unido

David Westfall Bates

Harvard University
Boston, United States of America

Edward Kelley

World Health Organization
Geneva, Switzerland

Liam Donaldson

Enviado da OMS para a Segurança do Paciente
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Neelam Dhingra-Kumar

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Itziar Larizgoitia

World Health Organization
Geneva, Switzerland

Coordenação do projeto e apoio editorial

Sukhmeet Singh Panesar

Baylor College of Medicine
Houston, Estados Unidos da América

Chris Singh

The Evidence Centre
Wellington, Nova Zelândia

Debra de Silva

The Evidence Centre
London, United Kingdom

Autores

Stewart Mercer

Universidade de Glasgow
Glasgow, Reino Unido

John Furler

Universidade de Melbourne
Melbourne, Austrália

Keith Moffat

Universidade de Glasgow
Glasgow, Reino Unido

Denis Fischbacher-Smith

Universidade de Glasgow
Glasgow, Reino Unido

Lena Sanci

Universidade de Melbourne
Melbourne, Austrália

Outras contribuições

Ahmed Al-Mandhari

Ministério da Saúde
Muscat, Omã

Tejal Gandhi

National Patient Safety Foundation
Boston, Estados Unidos da América

Katherine Hayes

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Arnoldas Jurgutis

Klaipeda University
Klaipeda, Lituânia

Chow Mun Hong

SingHealth Polyclinics
Singapura, Singapura

Elzerie de Jager

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Nalika Gunawardena

University of Colombo
Colombo, Sri Lanka

Amanda Howe

University of East Anglia
Norwich, Reino Unido

Edward Mann

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Ruth Wilson

Queen's University
Kingston, Canadá

Referências

- ¹Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(2):121-6.
- ²World Mortality Report 2013. United Nations Department of Economic and Society Affairs, Population Division; 2013 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/WMR2013/World_Mortality_2013_Report.pdf, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in the 21st century. *Lancet*. 2012;379(9826):1567-8.
- ⁴Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet*. 2007;369(9571):1481-9.
- ⁵Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PloS one*. 2014;9(7):e102149.
- ⁶Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*. 2008;14(s1):28-32.
- ⁷Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
- ⁸Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the health care system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Med*. 2014;12(1):188.
- ⁹Lyness JM, Niculescu A, Tu X, Reynolds CF, 3rd, Caine ED. The relationship of medical comorbidity and depression in older, primary care patients. *Psychosomatics*. 2006;47(5):435-9.
- ¹⁰Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2015;10(8):e0135947.
- ¹¹Schafer I, Hansen H, Schon G, Hofels S, Altiner A, Dahlhaus A, et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Ser Res*. 2012;12:89.
- ¹²McLean G, Gunn J, Wyke S, Guthrie B, Watt GC, Blane DN, et al. The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):e440-7.
- ¹³Abad-Diez JM, Calderon-Larranaga A, Poncel-Falco A, Poblador-Plou B, Calderon-Meza JM, Sicras-Mainar A, et al. Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatrics*. 2014;14:75.
- ¹⁴Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011;28(5):516-23.

- ¹⁵Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
- ¹⁶Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Pedersen L, Leese B, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed system of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD002215.
- ¹⁷McLean G, Guthrie B, Mercer SW, Watt GCM. General practice payment systems underpin the persistence of the inverse care law. *Br J Gen Pract*. 2015;65(641):e799-805.
- ¹⁸Furler J, Harris E, Chondros P, Powell Davies G, Harris M, Young D. The inverse care law revisited: Impact of disadvantaged location on GP consultation times. *Med J Aust*. 2002;177(2):80-3.
- ¹⁹Mercer SW, Watt GC. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med*. 2007;5(6):503-10.
- ²⁰Deep End Report 2: Coping with needs, demands and resources. University of Glasgow; 2010 (http://www.gla.ac.uk/media/media_146571_en.pdf, acessado em 19 de Setembro de 2016)
- ²¹Reeve J, Dowrick CF, Freeman GK, Gunn J, Mair F, May C, et al. Examining the practice of generalist expertise: a qualitative study identifying constraints and solutions. *JRSM Short Rep*. 2013;4(12):2042533313510155.
- ²²Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- ²³Guiding patients through medical complexity. An independent commission into medical generalism. London: The Health Foundation and the Royal College of General Practitioners; 2011.
- ²⁴Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. 2012;345:e6341.
- ²⁵Furler J, Magin P, Pirotta M, van Driel M. Participant demographics reported in "Table 1" of randomised controlled trials: a case of "inverse evidence"? *Int J Equity Health*. 2012;11(1):1-4.
- ²⁶Zulman DM, Asch SM, Martins SB, Kerr EA, Hoffman BB, Goldstein MK. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Int Med*. 2014;29(3):529-37.
- ²⁷Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345.
- ²⁸Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ*. 2013;346:f2510.
- ²⁹Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*. 2012;379(9826):1665-75.
- ³⁰Improving safety in primary care. London: The Health Foundation; 2011; (<http://www.health.org.uk/publication/improving-safety-primary-care>, acesso em 19 Setembro de 2016)
- ³¹Primary risk in management services. Cardiff: Public Health Wales; 2015 (<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=457&pid=73076>, acesso em 19 Setembro de 2016)

- ³²The improving chronic illness care program. Primary care team guide. Seattle, WA: The MacColl Center; 2016 (http://www.improvingchroniccare.org/downloads/reducing_care_fragmentation.pdf acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³³Care coordination resource list. Beerse: Janssen Pharmaceuticals Inc.; 2014 (<http://www.janssenpharmaceuticall.com/sites/default/files/pdf/Care-coordination-resource-list.pdf> acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³⁴Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency; 2004 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³⁵Safety and improvement in primary care. Edinburgh: NHS Education for Scotland; 2011 (<http://www.nes.scot.nhs.uk/media/3437356/Safety-and-Improvement-Educational%20Resources-A-Toolkit-for%20Safe-Effective-Person-Centred-Care.pdf>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³⁶Accreditation handbook for ambulatory health care Skokie, IL: Accreditation Association for Ambulatory Health Care, (http://www.aaahc.org/Global/Handbooks/2015_Accreditation%20Handbook_FNL_5.22.15.pdf, acesso em 19 Setembro de 2016
- ³⁷Tools. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016 (<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/default.aspx>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³⁸Patient safety toolkit. London: Royal College of General Practitioners; (<http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/toolkits/patient-safety.aspx>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ³⁹Partnering with patient and families to enhance safety and quality: a mini toolkit. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care; 2013 (<http://www.ipfcc.org/tools/Patient-Safety-Toolkit-04.pdf>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴⁰Health literacy toolkit for low-and middle-income countries. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2015 (http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/ acessado em 19 Setembro de 2016
- ⁴¹Health literacy universal precautions toolkit. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 (<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴²The Boston Medical Center patient navigation toolkit. Boston, MA; The AVON Foundation and the National Cancer Institute; (https://ncipub.org/resources/1600/download/BMC_Patient_Navigation_Toolkit_-_Vol_1.pdf, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴³Patient safety research: introductory course (on-line). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴⁴Master in Health Administration. 65+ free online healthcare courses. Davis, CA; University of California; 2016 (<http://mhadegree.org/free-online-healthcare-courses/>, acessado em 19 de setembro de 2016).

- ⁴⁵Patient safety network. Training catalog. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 (<https://psnet.ahrq.gov/pset>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴⁶Age-friendly primary health care centres toolkit. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴⁷Patient safety collaborative manual. Hamilton/Mount Gambier/Warrnambool; Greater Green Triangle/Australian Primary Health Care Research Institute; 2016 (<http://www.greaterhealth.org/resources/patient-safety-collaborative-manual>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴⁸Toolkit for general practice in supporting older people with frailty and achieving the requirements of the unplanned admissions enhanced (2014). NHS England South Region; 2014 (http://www.nhs.uk/media/2630779/toolkit_for_general_practice_in_supporting_older_people.pdf, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁴⁹Stay independent falls prevention toolkit for clinicians. Health Quality and Safety Commission New Zealand; 2015 (<http://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/reducing-harm-from-falls/publications-and-resources/publication/2232/>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ⁵⁰Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf, acessado em 19 de setembro de 2016).

Série Técnica: Atenção Primária Mais Segura

Este trabalho sobre “Multimorbidade” faz parte de uma série técnica de nove documentos que exploram diferentes aspectos da segurança nos serviços de atenção primária. Os outros tópicos incluem:

PACIENTES

- Envolvimento do paciente

PROFISSIONAIS DA SAÚDE

- Educação e treinamento
- Fatores humanos

PROCESSOS DE CUIDADO

- Erros administrativos
- Erros de diagnóstico
- Erros de medicação
- Transições de cuidados

FERRAMENTAS E TECNOLOGIA

- Ferramentas eletrônicas

Para mais informações, entre em contato com:

Department of Service Delivery and Safety

World Health Organization

Avenue Appia 20

CH-1211 Geneva 27 Switzerland

E-mail: patientsafety@who.int

www.who.int/patientsafety

