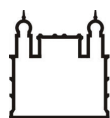




TRANSIÇÕES DO CUIDADO

Série Técnica sobre
Atenção Primária
mais Segura



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Transitions of Care: 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.

Transições do Cuidado

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
1.3 Definição de transições do cuidado.....	6
2. Transições do cuidado	8
3. Possíveis soluções	9
3.1 Intervenções úteis	9
3.2 Exemplo: conciliação medicamentosa	10
3.3 Exemplo: compartilhamento de informações	11
3.4 Fatores de sucesso	11
4. Próximas etapas	13
5. Observações finais	14
Colaboradores	19
Referências	21

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 ficam vulneráveis quando se deslocam entre diferentes partes do sistema de saúde. As transições do cuidado ameaçam a segurança do paciente, pois podem aumentar a possibilidade de perda de informações clínicas críticas e exigir um maior grau de coordenação. A atenção primária tem um papel central a desempenhar na melhoria das transições do cuidado, o que requer uma abordagem multifacetada.

Esta monografia primeiro define as transições do cuidado antes de examinar abordagens para melhorar a segurança durante as transições. Ela descreve como as transições eficazes do cuidado requerem atenção a questões clínicas e não clínicas, como o estado cognitivo e funcional do paciente, hospedagem, transporte e apoio de familiares, cuidadores e serviços sociais. As principais áreas de melhoria incluem um foco maior nas necessidades dos pacientes e de suas famílias e cuidadores, melhor comunicação com os pacientes e entre os prestadores de cuidados de saúde em todos os ambientes e a necessidade de reconhecimento da transição do cuidado como um componente integral da coordenação de cuidados.

1.2 Abordagem

Para compilar informações para esta monografia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) procurou o conselho de especialistas nas áreas recomendados pelo Grupo de Trabalho de Especialistas em Atenção Primária Mais Segura e analisou pesquisas relevantes e a literatura publicada.

Especialistas internacionais na prestação de atenção primária segura forneceram feedback, compartilharam exemplos de estratégias que funcionaram bem em todo o mundo e deram sugestões práticas sobre possíveis prioridades para os Estados-Membros da OMS para melhorar a segurança dos serviços de atenção primária.

1.3 Definição de transições do cuidado

Nos círculos médicos, o termo “passagem de caso clínico” é usado para descrever a transferência de cuidados de um profissional de saúde para outro. No entanto, o conceito de passagem de caso clínico é limitado em sua capacidade de captar a ampla gama de questões envolvidas com a transferência de um paciente e suas responsabilidades de atendimento de uma parte do sistema de saúde para outra. Ele é muito focado na função do profissional de saúde e não reconhece o papel do paciente nem suas necessidades.

As transições do cuidado referem-se aos vários pontos em que um paciente vai para ou retorna de um local físico específico ou faz contato com um profissional de saúde com o objetivo de receber cuidados de saúde. Isso inclui transições entre ambientes de atenção domiciliar, cuidados hospitalares, cuidados prolongados e consultas com diferentes prestadores de cuidados de saúde em instalações ambulatoriais.

O termo “transições do cuidado” é mais amplo do que a passagem de caso clínico, porque engloba os aspectos clínicos da transferência de cuidados e outros fatores, como as percepções, experiências e necessidades do paciente.

Não existe uma definição globalmente aceita de transições do cuidado. A Sociedade Americana de Geriatria define transições do cuidado como:

Um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes são transferidos entre diferentes locais ou diferentes níveis de cuidado em um mesmo local. Os locais representativos incluem (mas não estão limitados a) hospitais, unidades de reabilitação/asilos, a casa do paciente, consultórios de cuidados primários e especializados e instalações de cuidados prolongados.

Os cuidados de transição baseiam-se em um plano abrangente de cuidados e na disponibilidade de profissionais de saúde bem treinados em cuidados crônicos e com informações atualizadas sobre os objetivos, as preferências e o estado clínico do paciente. Esse plano inclui arranjos logísticos, educação do paciente e da família e coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos na transição. O cuidado nas transições, que engloba tanto os aspectos de envio quanto de recebimento da transferência, é essencial para pessoas com necessidades de cuidados complexos (1).

2. Transições do cuidado

As transições do cuidado são parte integrante da jornada de um paciente em todo o sistema de saúde. A gestão eficaz das transições da atenção primária para o cuidado hospitalar e deste para a atenção primária é essencial. As transições entre hospitais e ambientes de atenção primária são reconhecidas como cenários de alto risco para a segurança do paciente (2). Os impactos dos problemas identificados na(s) interface(s) da atenção primária na literatura incluem (3):

- aumento da mortalidade;
- aumento da morbidade (lesão ou incapacidade temporária ou permanente);
- aumento de eventos adversos;
- demora para receber tratamento adequado e apoio da comunidade;
- cuidados primários adicionais ou visitas ao serviço de emergência;
- exames adicionais ou duplicados ou exames perdidos no acompanhamento;
- readmissões hospitalares evitáveis;
- dor e sofrimento emocional e físico para usuários de serviços, cuidadores e familiares;
- insatisfação do paciente e do profissional com a coordenação do cuidado.

Problemas semelhantes podem surgir durante as transições entre a atenção primária e outras partes do sistema de saúde.

As transições de um ambiente de cuidado para outro são frequentemente acompanhadas por mudanças no estado de saúde. Os pacientes transferidos entre os setores de saúde podem ter um novo diagnóstico, um novo tratamento ou uma mudança no status funcional que afeta sua capacidade de gerenciar as próprias condições fora do ambiente de saúde. Idosos com problemas de saúde complexos são mais propensos a passar por múltiplas transições do cuidado e correm um maior risco de eventos adversos e incidentes de segurança (4).

A jornada do paciente pelo sistema de saúde pode envolver uma série de interfaces entre os cuidados primários, comunitários e hospitalares. A constante nessas transições é o paciente, suas famílias e cuidadores. Assim, é imperativo que o papel e as responsabilidades do paciente sejam considerados centrais para quaisquer estratégias que apoiem transições do cuidado seguras e eficazes. As transições do cuidado são parte integrante do atendimento ao paciente e exigem recursos suficientes para garantir uma transição e coordenação eficazes.

3. Possíveis soluções

3.1 Intervenções úteis

Não há solução fácil para fornecer transições do cuidado mais seguras. São necessárias várias estratégias. As intervenções em grande e pequena escala foram testadas nos níveis macro (sistema de saúde), meso (instituições de serviços de saúde) e micro (prestação de serviços). Os grupos-alvo para essas soluções potenciais variam e incluem pessoas em uma área geográfica específica, aquelas com determinada doença ou deficiência e pessoas com necessidades específicas de cuidados.

Intervenções que podem ser benéficas incluem (3):

- padronizar a documentação e concordar com quais informações devem ser incluídas nos documentos de encaminhamento e de alta;
- planejar a alta com critérios e protocolos acordados;
- melhorar a qualidade e a prontidão da documentação de alta;
- implementar práticas eficazes de conciliação medicamentosa;
- realizar acompanhamentos oportunos e apropriados dos pacientes, incluindo telefonemas e visitas domiciliares;
- melhorar a eficácia e a oportunidade das passagens de caso entre médicos;
- estabelecer uma linha direta da atenção primária para os serviços de emergência do hospital;
- atribuir coordenadores de cuidado ou gerentes de caso para pessoas com necessidades complexas;
- aumentar o envolvimento dos médicos de atenção primária;
- educar e apoiar pacientes, famílias e cuidadores.

Essas intervenções devem ser consideradas quando uma “caixa de ferramentas” baseada em evidências é desenvolvida. As ferramentas exatas utilizadas, em que fase e por quem, dependem de uma série de variáveis, incluindo as necessidades do paciente.

A necessidade de transferir um paciente deve ser determinada por sua condição de saúde, mas essa pode não ser a situação na realidade. Questões como superlotação hospitalar, falta de serviços adequados na comunidade e pressões econômicas determinam quando e para onde os pacientes são transferidos (5).

Os fatores determinantes do local apropriado do cuidado e decisões subsequentes sobre a transferência do cuidado envolvem aspectos clínicos, funcionais e sociais da doença do paciente. A(s) condição(ões) médica(s) do paciente, o potencial de reabilitação, a capacidade de tomada de decisão e os sistemas de apoio social devem ser levados em consideração (6).

Um dos objetivos de um serviço de atenção primária bem organizado seria evitar transições do cuidado desnecessárias ou inapropriadas. No entanto, questões não clínicas muitas vezes influenciam a decisão de transição do cuidado, por isso é fundamental que essas questões sejam consideradas durante o desenvolvimento de políticas e programas nessa área.

Fatores além dos determinantes clínicos que podem impactar nas transições do cuidado incluem:

- estado cognitivo do paciente;
- nível de atividade e estado funcional do paciente;
- adequação da casa do paciente (por exemplo, limpeza, escadas, localização);
- disponibilidade de apoio de cuidadores e familiares;
- capacidade de obter medicamentos, cuidados de saúde e serviços sociais;
- disponibilidade de transporte adequado.

Identificar sistematicamente os pacientes com maior probabilidade de passar por uma má transição do cuidado permite que os recursos sejam direcionados de forma mais específica. Embora existam muitas ferramentas de identificação, nenhuma é completamente precisa ou abrangente, mas podem ser úteis para identificar pacientes que precisam de avaliações mais aprofundadas e intervenções personalizadas. Exemplos dos critérios utilizados nas ferramentas incluem tempo de permanência, internações prévias ou atendimento hospitalar, acuidade da admissão, comorbidades e número de medicamentos.

Pacientes de diferentes grupos culturais podem enfrentar desafios adicionais durante as transições do cuidado devido a barreiras linguísticas e culturais (7). Este também pode ser o caso de pessoas com baixa literacia em saúde.

Uma metanálise constatou que as estratégias mais bem-sucedidas para melhorar as transições do cuidado foram a comunicação e as estratégias de relacionamento e processo, particularmente aquelas voltadas para a coordenação do cuidado. As intervenções que foram mais bem avaliadas pelos pacientes incluíram estratégias para melhorar o relacionamento entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes (8).

A transição do cuidado é um conjunto complexo de processos. O risco de erros precisa ser minimizado, e as verificações precisam ser implementadas para mitigar o impacto de falhas que ainda podem ocorrer. As estratégias para minimizar o risco incluem (9):

- cumprir as diretrizes acordadas em nível nacional;
- concordar com a terminologia usada entre prestadores de cuidados de saúde e ambientes de cuidados;
- padronizar as transferências de informações (por exemplo, sumários de alta e sua entrega, independentemente de onde foram gerados ou de quem os receberá);
- estabelecer sistemas de rastreamento para testes de diagnóstico e acompanhamento, encaminhamentos e consultas;
- usar listas de verificação simples;
- planejar a alta de forma robusta.

O planejamento da alta é tipicamente descrito como o desenvolvimento de um plano individualizado para um paciente a fim de garantir que ele deixe o hospital em um momento apropriado com as devidas providências de encaminhamento para assegurar uma transição suave de um nível de atendimento para outro (10). O planejamento da alta visa aumentar a eficiência e a qualidade do cuidado, garantindo que os pacientes recebam alta em tempo hábil. A alta tardia tem sido associada a eventos adversos, como readmissões, perda de independência (especialmente entre idosos) e infecções hospitalares (11).

3.2 Exemplo: conciliação medicamentosa

Uma intervenção que foi considerada eficaz e que pode ser implementada em todos os sistemas de saúde, independentemente de sua estrutura, tamanho e financiamento, é a conciliação medicamentosa. O grupo-alvo inclui todos os pacientes, mas particularmente aqueles que usam vários medicamentos.

Erros de medicação são um problema comum de segurança. Acredita-se que mais de 40% dos erros de medicação resultem de uma conciliação inadequada nas passagens de caso durante a admissão, transferência e alta hospitalar. Entre esses erros, acredita-se que cerca de 20% resultem em danos (12).

Muitos desses erros podem ser evitados pela conciliação medicamentosa, definida como o processo de comparar as prescrições de medicação de um paciente com todos os medicamentos que o paciente está tomando. A conciliação medicamentosa também analisa medicamentos descontinuados, anteriores e aqueles adicionados no hospital. Isso deve ser feito em cada transição do cuidado, em que novos medicamentos são solicitados ou as prescrições existentes são reescritas.

Em termos simplistas, o processo de conciliação medicamentosa envolve identificar os medicamentos atuais, listar os medicamentos a serem prescritos, comparar os medicamentos nas listas, tomar decisões clínicas com base na comparação e explicar a nova lista ao paciente e aos profissionais de saúde. As estratégias exatas podem diferir dependendo do contexto do cuidado. No entanto, realizar a conciliação medicamentosa em todos os pontos de transição pode reduzir os eventos adversos de medicamentos e evitar internações hospitalares (13).

Os pacientes precisam estar totalmente engajados e capacitados para se defenderem no processo de conciliação medicamentosa. O envolvimento dos pacientes na conciliação medicamentosa por meio de um portal da Web foi considerado como uma abordagem viável para melhorar a segurança dos medicamentos (14). Os portais da Web também podem ser úteis para auxiliar revisões e conciliação medicamentosa conduzidas por farmacêuticos.

Além da conciliação medicamentosa nos pontos de transição, há uma necessidade contínua de manter uma lista de medicamentos dos pacientes nos prontuários da atenção primária. Embora existam desafios logísticos em serviços de alto rendimento, especialmente quando os pacientes buscam tratamento de vários prestadores de cuidados de saúde, esta é uma área importante de foco para apoiar cuidados mais seguros.

3.3 Exemplo: compartilhamento de informações

Outro exemplo de estratégia para melhorar as transições de cuidados é compartilhar informações usando “envelopes amarelos” (ou envelopes de alta). Esta é uma solução proativa e de baixo custo para comunicar informações sobre o paciente. Ela foi testada em vários contextos, incluindo transições entre hospitais e instituições de longa permanência para idosos (15). As informações são colocadas em um envelope. O verso do envelope apresenta uma lista de verificação de informações de transferência cruciais e definidas em comum acordo, a serem incluídas quando o paciente for transferido. Uma vantagem é que ela está continuamente disponível e pode ser atualizada regularmente para alertar os provedores sobre pacientes com alto risco de incidentes de segurança durante as transições.

As “passagens de caso calorosas” envolvem a comunicação real de pessoa para pessoa, em vez de depender apenas da documentação. Há evidências crescentes de que isso pode melhorar a comunicação, principalmente ao compartilhar informações com os pacientes e suas famílias (16).

3.4 Fatores de sucesso

Nenhuma iniciativa isolada foi encontrada para abordar de forma consistente os problemas em todos os contextos. A maioria das intervenções alcança resultados positivos em geral, embora alguns relatos tenham identificado resultados ruins relativos à saúde e insatisfação do paciente. Há também uma inconsistência entre áreas geográficas e populações, com estratégias relatadas como bem-sucedidas em algumas áreas, porém menos bem-sucedidas em outras. Portanto, o contexto de implementação é de grande importância e é fundamental que os sistemas de saúde e os prestadores de cuidados de saúde compreendam esses fatores contextuais. Uma abordagem sistêmica, que combina uma série de intervenções baseadas em evidências, provavelmente será a abordagem mais eficaz.

Um dos fatores mais importantes para melhorar as transições do cuidado é a cultura da(s) organização(ões), e isso deve ser considerado no desenvolvimento de soluções. As intervenções precisam ser integradas em uma abordagem abrangente e apoiadas por mecanismos de financiamento apropriados, sistemas confiáveis de transferência de informações para facilitar o compartilhamento de informações, apoio e treinamento clínico e estratégias sensíveis culturalmente para abordar a literacia em saúde e o envolvimento do paciente (17,18).

Outros fatores importantes incluem a possível localização dos serviços de saúde, registros de pacientes, sistemas de apoio à decisão compartilhada entre os serviços, o desenvolvimento de itinerários clínicos para condições específicas e relações formalizadas entre profissionais de saúde ou serviços de saúde em diferentes setores e jurisdições (19).

Esses tipos de intervenções podem envolver a introdução de novas funções, o que pode ser perturbador para a equipe existente. Quando as intervenções envolvem essa mudança, a implementação provavelmente será mais fácil em uma cultura de apoio que leve em consideração aspectos como a satisfação e o desenvolvimento da equipe (incluindo a oferta de suporte para treinamento); gerenciamento estratégico e sistemático da mudança da combinação de habilidades, que é coordenado pela alta administração; e o desenvolvimento de uma metodologia para a mudança, moldada pela participação dos funcionários (20).

Pesquisas sugerem que muitos sistemas de saúde e pacientes dependem de médicos de atenção primária para assumir a liderança na coordenação do cuidado ao paciente entre o ambiente de atenção primária e o hospitalar (21). No entanto, a escassez de informações fornecidas, a falta de contato direto entre os profissionais e o envolvimento de vários indivíduos podem dificultar o cumprimento dessa função pelos médicos da atenção primária. Um estudo em um país de baixa renda examinou até que ponto os médicos que trabalham em consultórios recebiam informações sobre a saúde do paciente, de prestadores de serviços de saúde, fora de sua própria prática clínica, incluindo hospitais. O estudo constatou que pouco mais da metade de todos os médicos relatou ter recebido rotineiramente as informações de alta hospitalar de um paciente. Aqueles que usavam um sistema eletrônico de prontuário tinham maior probabilidade de receber informações do paciente, embora, mesmo assim, a transferência rotineira de informações do paciente não fosse necessariamente comum (22).

Outro fator é que os médicos da atenção primária podem não se sentir valorizados ou recompensados pela função de coordenação dos cuidados. Nos países em que a atenção primária não é o componente central do sistema de saúde, o acordo sobre quem assume a liderança na coordenação dos cuidados é um desafio adicional. Os coordenadores de cuidados com formação em enfermagem podem ter um papel a desempenhar no apoio às transições.

As iniciativas de melhoria precisam abranger todo o espectro das transições. Isso inclui a preparação para a transição, o acompanhamento do processo de transição, por exemplo, com coordenadores de cuidados ou gerentes de casos, e o apoio pós-transição, que pode ser realizado por equipes de transição que fornecem suporte por períodos limitados de tempo, ou consultas contínuas, monitoramento e acordos de cuidados compartilhados.

Em cada estágio, é importante definir a propriedade ou responsabilidade clara pelos pacientes em transição. Por exemplo, a parte que encaminha pode considerar que o paciente saiu da responsabilidade de seu serviço de saúde, enquanto a parte receptora pode não estar ciente de que o paciente foi encaminhado até que este realmente chegue.

4. Próximas etapas

Não existe uma abordagem única para tratar as questões associadas às transições do cuidado. O sucesso ou fracasso de uma estratégia parece depender de seu contexto, incluindo as pessoas envolvidas e a maneira como ela é implementada. A cultura organizacional também é de fundamental importância.

As estratégias que os Estados-Membros da OMS poderiam considerar como prioritárias para realizar transições efetivas do cuidado incluem:

1. Compartilhamento de ferramentas e desenvolvimento de acordos de governança

- Construir abordagens compartilhadas de governança entre organizações e setores; a governança em rede pode ajudar transições do cuidado mais seguras;
- utilizar prontuários de saúde eletrônicos com interoperabilidade entre setores e organizações, para que as informações possam ser transferidas entre pontos de cuidado sem ter de depender exclusivamente da comunicação oral entre os prestadores de cuidados de saúde;
- padronizar processos relacionados a consultas, prontuários, resultados de exames, fluxo de informações e comunicação;
- usar listas de verificação simples para garantir que as principais tarefas sejam executadas de maneira padronizada, incluindo o acompanhamento;
- implementar sistemas de rastreamento para testes de diagnóstico, encaminhamentos e consultas.

2. Uso de uma abordagem sistêmica

- Combinar intervenções baseadas em evidências para apoiar transições mais seguras e suaves. Nenhuma intervenção isolada foi capaz de resolver todos os problemas de forma consistente, e, portanto, as soluções exigem uma abordagem de sistemas. Isso pode incluir três aspectos para todos os pacientes: (i) envolver pacientes e cuidadores como parte da equipe; (ii) transferência oportuna de informações clínicas e sociais precisas entre os ambientes; (iii) conciliação medicamentosa. Alguns pacientes identificados como de maior risco podem exigir medidas adicionais adaptadas às suas necessidades clínicas e sociais individuais;
- considerar uma série de iniciativas baseadas em evidências, como planejamento de alta, conciliação medicamentosa, acompanhamento oportuno do paciente, passagens de casos clínicos oportunas, apoio ao paciente e ao cuidador e estratégias de educação.

3. Identificação de pessoas com maior risco de incidentes de segurança

- Usar ferramentas para identificar transições com alto risco de incidentes de segurança;
- realizar pesquisas para informar melhorias nas transições de cuidados, particularmente de idosos, pessoas com condições complexas e pacientes com baixo nível socioeconômico.

4. Foco na melhoria dos relacionamentos e da comunicação

- Apresentar estratégias para melhorar a comunicação entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde e entre as organizações;
- fornecer listas de verificação e instruções escritas sobre a transição para pacientes, familiares e cuidadores;
- usar terminologia padronizada acordada entre a atenção primária e a secundária.

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 transições do cuidado efetivas a fim de garantir a segurança do paciente na atenção primária. No entanto, as intervenções para fortalecer mecanismos para transições do cuidado efetivas 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 dez 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 (23).

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 (24).

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 (25,26).

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 (27,28).

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 (29).

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 (30,31).

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 (32-35).

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 (36-38). 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 (39-43).

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

Paresh Dawda

Australian National University
Canberra, Austrália

Lesley Russell

University of Sydney
Sydney, Austrália

Outras contribuições

Elzerie de Jager

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Tejal Gandhi

National Patient Safety Foundation
Boston, Estados Unidos da América

Nalika Gunawardena

University of Colombo
Colombo, Sri Lanka

Katherine Hayes

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Mondher Letaief

Escritório Regional do Mediterrâneo Oriental da Organização Mundial da Saúde
Cairo, Egito

Edward Mann

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Ellen Nolte

Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Políticas
Londres, Reino Unido

Chow Mun Hong

SingHealth Polyclinics
Singapura, Singapura

Robert Reid

University of British Columbia
Toronto, Canadá

Ruth Wilson

Queen's University
Kingston, Canadá

Referências

- ¹Coleman EA, Boulton CE. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(4):556-7.
- ²Improving transitions of care. The vision of the national transitions of care coalition. Washington DC: National Transitions of Care Coalition; 2008.
- ³Russell 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.
- ⁴Coleman EA, Min S, Chomiak A, Kramer AM. Post hospital care transitions: patterns, complications and risk identification. *Health Serv Res.* 2004;39(5): 1449-66.
- ⁵Poulos CJ, Magee C, Bashford G, Eagar K. Determining level of care appropriateness in the patient journey from acute care to rehabilitation. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:291.
- ⁶Kane RL. Finding the right level of posthospital care: “We didn’t realize there was any other option for him”. *JAMA.* 2011;305(3):284-93.
- ⁷Shadmi E. Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(3):255-60.
- ⁸Bywood PT, Jackson-Bowers E, Muecke S. Initiatives to integrate primary and acute health care, including ambulatory care services. Policy Issue Review. Adelaide: Primary Health Care & Information Service; 2011.
- ⁹Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, et al. Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *J Hosp Med.* 2013;8(8):444-9.
- ¹⁰Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD000313.
- ¹¹Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Br Med Bull.* 2010;95(1):33-46.
- ¹²Medication reconciliation. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care; 2012 (<http://www.pasq.eu/Home.aspx>, acessado em 19 de setembro de 2016).
- ¹³Greenwald JL, Lakshmi H, Greene J, LaCivita C, Stucky E, Benjamin B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, relevant and implementable: a consensus statement on key principles and first steps. *J Hosp Med.* 2010;5(8):471-85.
- ¹⁴Heyworth L, Clark J, Marcello T, Paquin AM, Stewart M, Archambeault C, et al. Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers’ perspectives. *J Med Internet Res.* 2013;15(12):e264.
- ¹⁵Belfrage MK, Chiminello C, Cooper D, Douglas S. Pushing the envelope: clinical handover from the aged care home to the emergency department. *Med J Aust.* 2009;190(11):117.

¹⁶ Horevitz E, Organista KC, Arean PA. Depression treatment uptake in integrated primary care: how a “warm handoff” and other factors affect decision-making by Latinos. *Psychiatr Serv.* 2015;66(8):824-30.

¹⁷ Kansagara D, Chan B, Harmon D, Englander H. Transitions of care: putting the pieces together. *Virtual Mentor.* 2013;15(2):145-9.

¹⁸ Li J, Young R, Williams MK. Optimizing transitions of care to reduce rehospitalization. *Cleveland Clinic J Med.* 2014;81(5):312-20.

¹⁹ Rutherford P, Nielsen GA, Taylor J, Bradke P, Coleman E. How-to guide: improving transitions from the hospital to community settings to reduce avoidable rehospitalizations. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 13.

²⁰ McKee M, Dubois CA, Sibbald B. Changing professional boundaries. In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, editors. *Human resources for health in Europe.* Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill Education; 2006: 63-78.

²¹ Proceedings from the European Handover Research Collaborative. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(Suppl. 1).

²² Hsiao CJ, King J, Hing E, Simon AE. The role of health information technology in care coordination in the United States. *Med Care.* 2015;53:184-90.

²³ Improving 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

²⁴ Primary risk in management services. Cardiff: Public Health Wales; 2015 (<http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=457&pid=73076>, acesso 19 Setembro de 2016

²⁵ The 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).

²⁶ Care coordination resource list. Beerse: Janssen Pharmaceuticals Inc.; 2014 (<http://www.janssenpharmaceuticalsinc.com/sites/default/files/pdf/Care-coordination-resource-list.pdf> acessado em 19 de setembro de 2016).

²⁷ Seven 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).

²⁸ Safety 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).

²⁹ Accreditation 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

³⁰ Tools. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016 (<http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/default.aspx>, acessado em 19 de setembro de 2016).

³¹ Patient 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).

³² Partnering 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](http://www.ipfcc.org/tools/Patient-Safety-Toolkit-04.pdf), acessado em 19 de setembro de 2016).

³³ Health 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/](http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/) accessed 19 Setembro de 2016

³⁴ Health 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).

³⁵ The 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).

³⁶ Patient 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).

³⁷ Master in Health Administration. 65+ free online healthcare courses. Davis, CA; University of California; 2016 (<http://mhdegree.org/free-online-healthcare-courses/>, acessado em 19 de setembro de 2016).

³⁸ Patient 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).

³⁹ Age-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).

⁴⁰ Patient 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).

⁴¹ Toolkit 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).

⁴² Stay 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).

⁴³ Prevention 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 “Transições do cuidado” 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
- Multimorbidade

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