

Acesso aberto como ferramenta para o empoderamento do paciente

Open access as a tool for patient empowerment

DOI:10.34117/bjdv8n9-025

Recebimento dos originais: 25/07/2022

Aceitação para publicação: 31/08/2022

Arianne Vilanova Almeida Gaio

MBA em Gestão em Saúde 4.0

Instituição: Unimed Federação do Paraná

Endereço: Antônio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba-PR

E-mail: ariannegaio@gmail.com

Fernando Miguel de Sousa

Especialista em Inteligência Competitiva

Instituição: AF Consultoria e Auditoria em Saúde

Endereço: Rua Tupi, 267, Santa Cecília, São Paulo-SP

E-mail: femig8@gmail.com

Carolina Rocha

Pós-Graduada

E-mail: carolnutri@hotmail.com

RESUMO

A Educação é um direito fundamental que ajuda não só no desenvolvimento de um País, mas também de cada indivíduo. Partindo dessa premissa, o presente estudo tem como principal objetivo o desenvolvimento de práticas educativas que promovam o empoderamento dos pacientes e assim melhorar a capacidade dos mesmos em compreender e gerir sua própria saúde e doença. Baseado no Programa Nacional de Segurança do Paciente, desenvolvido pelo Ministério da Saúde brasileiro, criou-se um material educativo veiculado por meio de animação em linguagem acessível, a fim de tornar mais eficaz a interação entre paciente e profissional de saúde, além de promover conhecimentos acerca do seu tratamento dentro da instituição hospitalar. Os seis atributos desenvolvidos pelo programa reúnem questões de grande relevância, visto que situações de risco associadas ao cuidado de saúde e em particular os eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade no sistema de saúde. O empoderamento de seus usuários, como preocupação de operadoras de saúde, além de estar em consonância com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável pela sua fiscalização, está ainda realizando um autoinvestimento, vez que o conhecimento promovido auxilia na qualificação dos serviços de saúde e permite efetiva garantia da assistência em conformidade com os parâmetros que minimizem riscos e atendam efetivamente a necessidade dos pacientes.

Palavras-chave: acesso aberto, práticas educativas, empoderamento, paciente.

ABSTRACT

Education is a fundamental right that helps not only in the development of a country, but also of every individual. Starting from this premise the present study has as main objective

the development of educational practices that promotes the empowerment of patients and thus improve their ability to understand and manage their own health and disease. Based on the National Patient Safety Program, developed by the Brazilian Ministry of Health, an educational material was created by means of an accessible language animation, in order to make the interaction between patients and professionals more effective Health, in addition to promoting knowledge about their treatment within the hospital institution. The six attributes developed by the program gather issues of great relevance, because the risk situations associated with health care and in particular adverse events, represent a high morbidity and mortality in health systems. The empowerment of its users, as a concern of health carriers, in addition to being in line with the National Health Agency, the body responsible for its supervision, is still conducting a self-investment, since the promoted knowledge helps in the Qualification of health services and allows effective guarantee of assistance in accordance with parameters that had minimum risks and effectively meet the needs of patients.

Keywords: open access, educational practices, empowerment, patient.

1 INTRODUÇÃO

A ênfase crescente acerca da assistência à saúde e os desafios para que tal garantia tenha efetividade no plano concreto, vem desafiando o governo, a sociedade civil e os tribunais no tocante à obrigatoriedade imposta ao Estado e setor privado da garantia do Direito à Saúde.

Cumprido destacar que o aludido Direito à Saúde envolve não apenas a oferta da assistência, mas a observância da completude que nos traz o art. 196 da Carta Constitucional (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL DE 1988), sobretudo pelo destaque à responsabilidade de políticas que reduzam riscos, de modo a não causar agravos à saúde.

Nesse sentido, a segurança do paciente é hoje tema central para gestores do setor saúde, operadoras, prestadores de serviços em saúde e profissionais. Ações voltadas a garantir a segurança do paciente, alinham-se com uma das iniciativas de maior relevância da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006).

Isso porque a incidência de eventos adversos, definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que implica em maior tempo de permanência do paciente ou resulte em algum tipo de incapacidade presente no momento alta, registrados em relatório “*To Err is Human*” do Institute of Medicine (IOM), trouxe a relevância do tema e a importância de programas voltados à Segurança do Paciente (BARROS, 2013), que envolva não apenas a qualificação dos profissionais, mas o próprio

empoderamento desse paciente, dado o direito amplo à informação que se pretende explorar nas linhas subseqüentes.

2 OBJETIVOS

O presente artigo tem a finalidade de descrever a iniciativa de empoderamento do paciente, enquanto usuário de plano de saúde, por meio de animação em vídeo de acesso aberto, desenvolvido por profissionais de saúde, informando-os sobre os atributos preconizados pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente preconizado pelo Ministério da Saúde em consonância com a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente (WHO, 2006) e que permitirá ao paciente contribuir para sua própria segurança, como consumidor do serviço de saúde prestado.

2.1 O PACIENTE NO CENTRO DO CUIDADO

A Constituição Federal destacou melhor benefício no quesito dignidade da pessoa humana, trazendo além de garantia, a promoção de meios para que este e demais direitos fundamentais fossem respeitados, sendo devido ao Estado assegurar-los de forma coercitiva. Tal ideia se confirma ao longo de seus artigos fazendo referência expressa da saúde como parte integrante do interesse público e como princípio-garantia em benefício do cidadão.

Portanto, há que se enaltecer um fator fundamental, para que o significado do conceito saúde seja entendido, enquanto objeto desse estudo, muito embora tal conceito seja amplo e variável, de que o direito à saúde é um direito fundamental.

Ao abordar tal conclusão, Herbert Hart (1994 p. 104) nos preleciona que:

“(...) o direito é um conjunto ou uma união de regras primárias que dizem respeito às ações dos indivíduos (fazer ou não fazer), e secundárias, denominadas regras de conhecimento, que especificam os modos pelos quais as regras primárias podem ser criadas, alteradas ou eliminadas, bem como permitem verificar sua violação”.

Tais direitos ganharam notoriedade ao longo do tempo, tornando possível a ampliação do acesso e a proteção devida, tendo o Estado, o papel principal para a efetividade preconizada constitucionalmente; tanto assim que os meios e as políticas públicas para sua efetividade estão descritas na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990), apontando os princípios da universalidade e isonomia como

moldura para o desenho assistencial elaborado e designado Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Paulo Bonavides (2006), a saúde é acima de tudo o bem inatingível mais precioso do e para o ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, dada a sua característica indissociável do direito à vida; permite ainda um alcance maior, pois reflete à observância ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Em que pese a complexidade para se definir o conceito do princípio da dignidade humana, rapidamente se conclui que não é possível que este seja atendido, quando e se o direito à saúde não for tutelado.

Nesse aspecto, importa ressaltar que a saúde não se resume num estado biológico, e não envolve apenas e tão somente aspectos que possam ser facilmente identificados, ou um conceito genérico de “ausência de doença”.

Tanto é assim que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Ainda que a definição seja considerada por vezes, irreal, unilateral e ultrapassada, é suficiente para desencadear a necessidade de inúmeras ações que visem sua promoção, prevenção, proteção e recuperação (WHO, 2005).

Enfoque pertinente ao tema é a observância à qualidade do serviço de saúde, inserida nessa avaliação qualitativa o dever de informação, mola propulsora da discussão pretendida nessa análise.

A análise do dever de informação, a ser explorada, recai sobre o direito a que tem aquele que está vulnerável diante dos *experts*, seja médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, bem como a instituição hospitalar e planos de saúde, cuja relação, com quaisquer desses, já reconhecidamente pelos tribunais brasileiros como de consumo, lhe confere o conhecimento amplo sobre seu estado de saúde, tratamento, riscos, entre outros.

No que toca à informação, o dever de informar, de maneira suficientemente clara ao vulnerável, melhor poder-se-á denominar, “leigo”, de modo a torna-lo participante efetivo dos cuidados a que será submetido, vale destacar a denominação do dever de informar e de esclarecer dos profissionais, trazida pelos estudiosos alemães (*Aufklärungspflicht*) (JAUERNIG, ARNDT, 1994, p. 999).

Muito se debruça sobre dever de informação suficiente para conferir autonomia quanto aos desdobramentos de uma intervenção médica, afim de que não se macule o Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento fundamental de observância à autonomia da vontade e do direito fundamental (de informação), no entanto, é imprescindível um

olhar sobre o serviço de saúde prestado durante a internação do paciente, leigo, dada a infinidade de intervenções multidisciplinares e que implicam em riscos a que esse paciente é submetido.

No tocante à avaliação de serviços de saúde, a literatura é farta em apontar que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços (NEPOMUCENO, KURCGANT, 2008).

Ao longo da história, muitos personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde como, por exemplo, Florence Nightingale, Avedis Donabedian, Archibald Lemman Cochrane. Hipócrates, pai da Medicina, já em sua época, trouxe a noção de que o cuidado poderia causar algum tipo de dano, motivo pelo qual cunhou o postulado *Primum non nocer* – primeiro não causar dano, um dos princípios da Bioética.

Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) desenvolveu o *Minimum Standard for Hospitals*, relacionando requisitos mínimos para a realização de avaliações hospitalares. Com base neste documento, o CAC verificou que, entre os aproximadamente 800 hospitais fiscalizados que possuíam mais de 100 leitos, menos de 135 deles apresentavam um nível de qualidade razoável (FONSECA, 2005, p. 55). O resultado deste manual e também dos estudos desenvolvidos por Codman, foi criado em 1928, o *Hospital Standardization Program*, que foi a base da *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* (JCAH) (FELDMANN, et al., 2005).

A temática ganhou relevância no final da década de 90, graças a publicações sucessivas que demonstravam que, mesmo em países desenvolvidos, os cuidados hospitalares provocavam eventos adversos causando danos, dentre as quais se destaca o livro elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América (*Committee on Quality of Health Care in America*) do *Institute of Medicine of the National Academies* (IOM), intitulado “*To err is human: bulding a safer health system*”, publicado em 2000 (BRASIL, 2014).

O relatório analisou prontuários de 30.121 internações em que 6,5% provocaram disfunções permanentes e 13,6% envolveram a morte de pacientes, decorrentes de falhas na assistência à saúde prestada. Estimou-se, a partir desses resultados, que tais danos contribuíram para a ocorrência de 180.000 óbitos anualmente, naquele país (BRASIL, 2014).

No início do século, a segurança do paciente foi incorporada pelo *Institute of Medicine* (IOM), como um dos seis atributos da qualidade. Para o IOM, a qualidade do cuidado restou definida como “o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”.

Dos atributos e seus respectivos conceitos, expostos a seguir, decorreram iniciativas globais, incentivadas pela Organização Mundial da Saúde, voltadas ao aprimoramento do cuidado em saúde, são eles (WHO, 2009):

- a) **Segurança:** evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los;
- b) **Efetividade:** cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente);
- c) **Cuidado centrado no paciente:** cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. **Respeito às necessidades de informação de cada paciente;**
- d) **Oportunidade:** redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado;
- e) **Eficiência:** cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;
- f) **Equidade:** qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Desde então, tornou-se urgente a redução de eventos adversos, motivo pelo qual em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) diante da preocupação criou a *World Alliance for Patient Safety*, que entre outros, procurou organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente, bem como propor medidas para a redução de riscos e mitigar eventos adversos.

Dada as diferentes definições encontradas para os conceitos “erro em saúde” e “evento adverso” a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), priorizando alguns conceitos-chave da referida classificação (WHO, 2005):

- a) **Segurança do Paciente:** reduzir o mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- b) **Dano:** comprometimento da estrutura ou função ou do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico;
- c) **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer;
- d) **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- e) **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;
- f) **Near miss:** Incidente que não atingiu o paciente;
- g) **Incidente sem lesão:** Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos;
- h) **Evento Adverso:** Incidente que resulta em dano ao paciente.

O programa desenvolvido pela OMS elencou prioritariamente o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas, bem como iniciativas de pesquisas de maior impacto, objetivando a implantação de medidas que aumentem a segurança do paciente, a qualidade dos serviços de saúde, estimulados pelo comprometimento político dos estados signatários.

Para efetivação das metas estabelecidas, deu-se início no Brasil (OMS, 2009), à monitorização de eventos adversos em 192 hospitais que compuseram, naquela ocasião, a Rede Sentinela, estratégia esta criada pela Vigilância Sanitária, passando a exercer papel de observatório nos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde.

Nesse contexto, em 2013, por meio da Portaria MS/GM n. 529, do Ministério da Saúde, institui-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional.

O programa tem quatro eixos fundamentais: I) o estímulo a uma prática assistencial segura; II) o envolvimento do cidadão na sua segurança; III) a inclusão do tema no ensino e IV) o incremento da pesquisa sobre o tema. Ainda, propõe 06 (seis) protocolos de segurança do paciente a serem garantidos pelas instituições de saúde, com foco nos problemas de maior incidência, quais sejam: I) identificar corretamente o paciente; II) melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; III) melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; IV) assegurar cirurgia em local de internação, procedimento e pacientes corretos; v) higienizar as mãos

com frequência para evitar infecções; VI) reduzir o risco de lesões ao paciente em decorrência de queda e prevenir úlcera de pressão.

A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justificaria a adoção, trazida pela iniciativa da OMS, de “barreiras” que impeçam que o erro atinja o paciente. Por erros ativos se considera atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema, como, por exemplo, a troca de medicamento no momento da sua administração, ao passo que os latentes dizem respeito aos atos ou ações evitáveis dentro do sistema, como, por exemplo, a falta de medicamento dentro do hospital (WHO, 2006). Errar é humano, mas os mecanismos para evitar o erro e mitigar eventos adversos devem ser implementados e não só, devem fazer parte do arsenal de informações a que o paciente tem direito.

Significa dizer que, cuidado centrado no paciente, atributo da qualidade, prescinde de informação; envolvimento do cidadão em segurança exige obrigatoriamente conhecimento sobre a política de segurança adotada pela instituição de saúde que deve ser amplamente divulgada ao paciente por meio do qual terá garantida sua autonomia e seu empoderamento para exigir que a instituição atenda aos preceitos de sua segurança. Deve ser de conhecimento do paciente (por extensão aos familiares), o plano de segurança do paciente elaborado pela instituição, bem como as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde, como por exemplo, para redução da taxa de infecção hospitalar, ou para mitigar incidentes associados à assistência à saúde, contribuindo inclusive para sua opção de escolha, em que estabelecimento prefere permanecer, sempre que esta for possível.

O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (WAGNER, 1998, p. 4) . Pacientes bem informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (TADDEO, et al, 2012). Para atingirmos melhores resultados de saúde é fundamental melhorar a capacidade das pessoas de compreender e gerir sua própria saúde e doença, negociar com diferentes atores da saúde e encontrar seu caminho na complexidade dos sistemas de saúde. Nesse aspecto, inegável a contribuição do acesso aberto para a disseminação do conhecimento, não apenas para que o paciente busque voluntariamente informações relacionadas à saúde, mas principalmente para que os sistemas de saúde que coexistem no Brasil ou seja, público e privado, possam incentivar e desenvolver práticas educativas de acesso às informações.

A abordagem sobre o tema empoderamento do paciente ganhou destaque desde a primeira *European Conference on Patient Empowerment*, realizada em 2012 em *Copenhagen*, na Dinamarca, pela *European Network on Patient Empowerment (2012)*. A conferência foi realizada sob os auspícios da Presidência Dinamarquesa da União Europeia (UE) e organizada pelo Escritório Regional da OMS para a Europa, Ministério da Saúde da Dinamarca, Comitê Dinamarquês de Educação em Saúde, Caerum Foundation da Suíça e *English Expert Patient's Group*. A relevância se dá a medida em que o modelo paternalista tradicional do cuidado mitiga as preferências e reais necessidades do paciente e não promove sua autonomia.

Ações que promovam maior participação do paciente no processo de assistência à saúde são imprescindíveis e implica em maior envolvimento de instituições, inclusive planos de saúde, cientes de que uma vez empoderado pelo conhecimento acerca de sua própria segurança, o paciente se torna capaz de identificar a conformidade das práticas assistências com os protocolos instituídos pelo PNSP. A educação destina-se a formar a consciência crítica e a autonomia. Requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, vez que o objetivo final da educação não é apenas uma compreensão da informação, mas incentivar as pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar as soluções para si e lidar com eles de forma eficaz, mesmo sob o aspecto emocional. O conhecimento e o acesso às informações são essenciais para a realização de escolhas, e nisto incluem-se as práticas de empoderamento, que podem atender à estratégia básica para a promoção da saúde, considerada como tecnologia educacional inovadora.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado empoderador surge como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta (FREIRE, 2005). Destarte, optou-se pela criação de conteúdo por meio de animação, em linguagem acessível, apresenta a um grupo de usuários de plano de saúde e posteriormente a divulgação aberta disponível no canal do Youtube, vindo de encontro ao dia Mundial da Saúde, comemorado simbolicamente e anualmente no dia 07 de Abril.

Vale destacar que o empoderamento do paciente pelo seu próprio plano de saúde está agasalhado pela responsabilidade objetiva da assistência prestada que repousa na Saúde Suplementar, cuja fiscalização cabe à (ANS). Desde a sua criação, instituída pela Lei 9.961 de 2000, é crescente o aprimoramento das ações em saúde centradas no paciente

e incluem, entre outros, a ampliação da cobertura assistencial, atualizada a cada 2 anos, denominado Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, indicadores de avaliação da rede de prestadores contratualizados pelas operadoras, bem como a satisfação dos usuários do plano, o paciente. Atividades destinadas aos pacientes por meio de práticas educativas são investimentos que efetivamente lhe proporcionam conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas a escolhas que levem em conta a sua segurança, além de refletirem o compromisso legal, por parte das instituições envolvidas na assistência à saúde na minimização de agravos e riscos à saúde como efetiva observância ao direito à saúde previsto na ordem constitucional brasileira, previsto em seu art. 196. O fomento de práticas educativas que democratizam informações relevantes sobre a assistência à saúde e permitam a educação aberta, auxilia na qualificação dos serviços de saúde e permite efetiva garantia da assistência em conformidade com os parâmetros que minimizem riscos e atendam efetivamente a necessidade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BARROS, Claudia G. Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares. Apresentação do Hospital Albert Einstein, 2013. [Consult. 06 Abr. 2018]. Disponível na Internet: < URL: <http://docplayer.com.br/4813865-Seguranca-do-paciente-como-prioridade-nas-organizacoes-hospitalares.html>>.

BONAVIDES. Paulo. Curso de Direito Constitucional. 18. Ed. São Paulo: Malheiros, 2006, p. 564.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. [Consult. 10 Mai. 2018]. <URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. [Consult. 10 Mai. 2018]. Disponível na Internet: <URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria MS/GM N. 529 de 1º de abril de 2013. Instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Consult. 05 Abr. 2018]. <URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

BRASIL. Ministério da saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. [Consult. 05 Abr. 2018]. Disponível na Internet: < URL: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp>>.

EUROPEAN NETWORK FOR PATIENTS EMPOWERMENT. [Consult. 08 Abr. 2018]. Disponível na Internet: < URL: <http://www.eu-patient.eu/News/News-Archive/European-Network-for-Patients-Empowerment>>.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 45ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

HART, Herbert L. A. O conceito de direito. Trad. Ribeiro Mendes. 2 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994, p. 104.

JAUERNIG, Othmar; ARNDT Teichmann, Bürgerliches Gesetzbuch, Munique: Beck, 1994, p. 999.

NEPOMUCENO, Lilian. M. R.; KURCGANT, Paulina. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008. [Consult. 10 Set. 2018]. Disponível na Internet: < URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400008&script=sci_abstract>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS, 2009, p. 211. [Consult. 10 Set. 2018]. Disponível na Internet: < URL:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf>.

TADDEO, Patrícia. S.; GOMES, Kilma. W. L.; CAPRARA Andrea, GOMES, Annatália. M. A.; OLIVEIRA, Gisele. C.; MOREIRA, Thereza. M. M. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. *Cienc Sau Col* [Online] 2012. [Consult. 05 Abr. 2018]. Disponível na Internet: < URL: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. ISSN 1413-8123.

WAGNER, Edward. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, v.1, n. 1, p. 2-4, 1998. [Consult. 06 Ago. 2018]. Disponível na Internet: < URL: <https://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>>.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Genebra, 2006. [Consult. 15 Jul. 2018]. Disponível na Internet < URL: http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf>. ISBN 92-4-159373-3.

WHO. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra, 2009.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra, 2005.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. [Consult. 04 Abril. 2018]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>.