

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA NOSCHANG DE BRUM

**INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM:**

uma revisão de escopo

Porto Alegre

2023

BRUNA NOSCHANG DE BRUM

**INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM:**

uma revisão de escopo

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Deise Lisboa Riquinho.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e saúde coletiva.

Porto Alegre

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Noschang de Brum, Bruna
INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM: uma revisão de
escopo / Bruna Noschang de Brum. -- 2023.
120 f.
Orientadora: Deise Lisboa Riquinho.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Enfermagem. 2. Qualidade da Assistência à Saúde.
3. Atenção Secundária à Saúde. 4. Assistência
Ambulatorial. 5. Indicadores de Qualidade em
Assistência à Saúde. I. Lisboa Riquinho, Deise,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRUNA NOSCHANG DE BRUM

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM:

uma revisão de escopo

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: Porto Alegre, 31 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado digitalmente

DEISE LISBOA RIQUINHO

Data: 05/10/2023 09:18:56-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Deise Lisboa Riquinho

Orientadora - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS)



Documento assinado digitalmente

ADRIANA ROESE RAMOS

Data: 09/10/2023 15:55:27-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Adriana Roese Ramos

Membro - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS)



Documento assinado digitalmente

CARLISE RIGON DALLA NORA

Data: 09/10/2023 17:38:22-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Carlise Rigon Dalla Nora

Membro - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS)



Documento assinado digitalmente

LUCIANA FOPPA

Data: 08/10/2023 17:55:01-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Drª Enfª Luciana Foppa

Membro - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

AGRADECIMENTOS

Venho por meio deste espaço expressar a minha mais sincera gratidão a todos que contribuíram para a construção desta dissertação.

À minha orientadora, Deise, pela paciência e compreensão. Obrigada pela oportunidade de aprender tanto com você.

Aos meus pais, Marilene e Antonio, pelo suporte e amor que me deram todos esses anos.

Aos meus irmãos, Marco Antonio, Régis e a minha cunhada Vanessa, que sempre torceram por mim.

À minha dupla de graduação e pós-graduação, Daniela, pela parceria de todos esses anos.

Agradeço a todos que fizeram e fazem parte da minha trajetória e me ajudaram, direta ou indiretamente, ao longo dos meus 26 anos a chegar a esse momento.

Por fim, agradeço aos professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, aos membros do grupo de Pesquisa GIPSAT e à CAPES por tornarem esse momento possível.

Muito obrigada!

RESUMO

BRUM, Bruna Noschang de. **INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM**: uma revisão de escopo. 2023. 120p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2023.

Introdução: Mudanças nos padrões epidemiológicos e de morbimortalidade têm contribuído com a expansão da assistência ambulatorial, sendo necessário o estabelecimento de padrões e medidas de qualidade para estes cuidados. A utilização de indicadores de qualidade de enfermagem são uma estratégia importante para o mapeamento de dificuldades presentes nos serviços de saúde.

Objetivo: Analisar as produções científicas nacionais e internacionais em saúde sobre a qualidade do atendimento ambulatorial em enfermagem. **Método:** O presente estudo trata de uma revisão de escopo norteada pelo método proposto por Joanna Briggs Institute. A coleta de dados foi realizada em 12 bases de dados e repositórios, durante os meses de abril a outubro de 2022. Foram incluídos somente artigos originais sobre avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em enfermagem. Não houve delimitação de tempo, metodologia ou idioma. O protocolo desta revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework. Os dados foram organizados através da síntese temática dos resultados dos artigos analisados. **Resultados:** Compuseram a amostra 45 artigos, que resultaram em 17 indicadores de qualidade da assistência ambulatorial em enfermagem, agrupados segundo a tríade de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado. Os indicadores mais citados entre os estudos foram Educação Permanente em Saúde, Organização do Serviço, Comunicação, Coordenação do Cuidados e Processo de Enfermagem. A literatura tem indicado um maior uso de indicadores de processo pela sua forte associação com os indicadores de resultado. **Considerações Finais:** Este estudo contribui para o aprofundamento na produção de conhecimentos na área da enfermagem em saúde coletiva, especificamente na lacuna sobre os indicadores de qualidade ambulatorial em enfermagem, evidenciado pelo baixo número de estudos nacionais e internacionais.

Palavras-chave: Assistência ambulatorial; Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Atenção secundária à saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

BRUM, Bruna Noschang de. **QUALITY ASSESSMENT INDICATORS FOR AMBULATORY NURSING CARE:** a scoping review. 2023. 120p. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2023.

Introduction: Changes in epidemiological morbimortality patterns have contributed to the expansion of ambulatory care, requiring the establishment of standards and quality measures for care. The use of nursing quality indicators is an important strategy for mapping difficulties present in healthcare services. **Objective:** To analyze national and international scientific publications regarding the quality of ambulatory nursing care. **Method:** This scoping review is guided by the method proposed by the Joanna Briggs Institute. Data collection was conducted in 12 databases and repositories, during the months of April to October 2022. Only original articles on the assessment of the quality of ambulatory nursing care were included. There were no restrictions regarding time frame, methodology, or language. The protocol of this review was registered on the Open Science Framework platform. The data was organized through thematic synthesis of the results from the analyzed articles. **Results:** The sample consisted of 45 articles, which resulted in 17 quality indicators of ambulatory nursing care, grouped according to Donabedian's triad: Structure, Process, and Outcome. The most cited indicators among the studies were Permanent Health Education, Service Organization, Communication, Care Coordination, and Nursing Process. The literature has indicated a greater use of process indicators due to their strong association with outcome indicators. **Conclusion:** This study contributes to deepening the production of knowledge in the area of collective health nursing, specifically in the gap on ambulatory nursing quality indicators, as evidenced by the low number of national and international studies.

Keywords: Ambulatory care; Nursing; Nursing care; Secondary care; Quality indicators, health care; Quality of health care; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organização das Redes de Saúde	20
Figura 2 - Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead	22
Figura 3 - Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC)	23
Figura 4 - Habilidades e competências da enfermeira na atenção ambulatorial	24
Figura 5 - Mnemônico PCC	33
Figura 6 - Processo de inclusão e exclusão dos estudos encontrados de acordo com as recomendações do PRISMA (MCGOWAN <i>et al.</i> , 2020)	36
Figura 7 - Distribuição dos artigos por ano de publicação	38
Figura 8 - Distribuição dos indicadores de qualidade por publicação	43
Figura 9 - Distribuição dos indicadores de qualidade presentes nos estudos segundo as dimensões Estrutura, Processo e Resultado	43
Quadro 1 - Linha do tempo de iniciativas de qualidade em atendimento ambulatorial	31
Quadro 2 - Estratégias de busca referentes às bases de dados e repositórios pesquisados	34
Quadro 3 - Distribuição dos artigos por país de origem	39
Quadro 4 - Distribuição dos artigos por idioma	39
Quadro 5 - Distribuição dos artigos por tipo de abordagem	40
Quadro 6 - Distribuição dos artigos por população	40
Quadro 7 - Distribuição dos artigos por área de cuidado	41
Quadro 8 - Característica dos artigos que compõem os indicadores de qualidade classificados Estrutura, Processo e Resultados (DONABEDIAN, 1988b)	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 AS REDES DE ATENÇÃO E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	17
3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM	23
3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL	27
4 MÉTODOS	32
4.1 REVISÃO DE ESCOPO	32
4.1.1 Definição e alinhamento dos objetivos e questão de pesquisa	33
4.1.2 Critérios de inclusão e exclusão dos estudos	33
4.1.3 Elaboração da estratégia de busca	34
4.1.4 Seleção dos estudos de relevância	35
4.1.5 Extração e sumarização dos resultados	36
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS	38
5.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS DA REVISÃO DE ESCOPO	38
5.1.1 Ano de publicação	38
5.1.2 País de origem do estudo	39
5.1.3 Idiomas	39
5.1.4 Abordagem metodológica	40
5.1.5 Amostra	40
5.1.6 Áreas de cuidado	41
5.1.7 Indicadores de qualidade ambulatoriais em enfermagem	42
5.1.7.1 Indicadores da dimensão estrutura	44
5.1.7.2 Indicadores da dimensão processo	44
5.1.7.3 Indicadores da dimensão resultado	45
5.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM: A SCOPING REVIEW	49
Qualidade da Assistência Ambulatorial em Enfermagem: uma revisão de escopo	49
Resumo	49
Introdução	51
Método	52
Resultados	56
Discussão	64
Contribuições para a enfermagem	69

Limitações do estudo	69
Conclusão	70
Referências	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGOS PARA A REVISÃO DE ESCOPO	89
APÊNDICE B - QUADRO SINÓPTICO DOS ARTIGOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA, APRESENTANDO AUTORES, ANO, TÍTULO, PAÍS DE ORIGEM, IDIOMA E PERIÓDICO	93
APÊNDICE C - QUADRO SINÓPTICO DOS ARTIGOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA, APRESENTANDO TÍTULO, ABORDAGEM METODOLÓGICA, OBJETIVO, AMOSTRA E INDICADORES DE QUALIDADE	96
APÊNDICE D - LISTA DE PERIÓDICOS E O NÚMERO DE PUBLICAÇÕES	101
APÊNDICE E - LISTA DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PELOS ARTIGOS DA REVISÃO	102
APÊNDICE F - MAPA CONCEITUAL SOBRE A QUALIDADE AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM	104
ANEXO A - NORMAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM	106

1 INTRODUÇÃO

A demanda pelos serviços de enfermagem ambulatorial está crescendo. Mudanças nos padrões de atendimento à saúde, o envelhecimento da população e a maior prevalência de doenças crônicas tem feito com que os pacientes sejam acompanhados em suas comunidades e fora delas (RAPIN; D'AMOUR; DUBOIS, 2015). Com a expansão do setor ambulatorial, aumento da demanda pelos serviços de saúde e a diminuição ou limitação de recursos disponíveis, espera-se que ocorra uma diminuição na qualidade dos cuidados, caso nenhuma contramedida seja tomada (GERAEDTS *et al.*, 2011). Por isso, torna-se necessário o estabelecimento de padrões e medidas para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, pois a observação de variação da qualidade orienta a tomada de decisões estratégicas (FULLMAN *et al.*, 2018) com o objetivo de promover melhorias nos serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos sistemas de saúde pública mais abrangentes e complexos do mundo, garantindo acesso integral, universal e gratuito com foco na promoção, prevenção e recuperação da saúde a toda a população brasileira, beneficiando cerca de 180 milhões de brasileiros e realizando cerca de 2,8 bilhões de atendimentos a cada ano (FIOCRUZ, [s. d.]; MENDES, 2011). Para garantir a implementação desse modelo e ofertar atendimentos de baixa à alta densidade tecnológica, a forma mais conveniente foi a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são organizações poliárquicas, com relações horizontais de mesmo nível de importância entre os distintos pontos da rede (MENDES, 2018; TOFANI *et al.*, 2021).

Para aprimorar o sistema de saúde, preconiza-se a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando a promover a integração dos serviços nos diversos níveis de atenção e oferecer assistência com qualidade, que contemple a integralidade e ações humanizadas, com igualdade e eficácia clínica e econômica. (BAPTISTA *et al.*, 2021, p. 2)

A RAS é coordenada e organizada pela Atenção Primária à Saúde (APS), sendo complementar à ela (MENDES, 2011). Um dos pontos de atendimento presentes na atenção secundária é a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), responsável por tratar as condições crônicas não agudizadas (MENDES, 2019).

Esse atendimento é mais medicalizado e direcionado a um órgão ou doença específica. O paciente poderá ser atendido concomitantemente entre pontos distintos da rede, até que a sua condição esteja estabilizada e possa retornar a APS (MENDES, 2019). De acordo com Mendes (2015), a atenção secundária representa um vazio assistencial e cognitivo, tanto pela falta de pesquisas nesse campo como pela necessidade de reorganização das relações com a APS.

Os desafios para a organização da saúde com base nos princípios do SUS estendem-se para os profissionais atuantes na área e repercutem na qualidade nos níveis de atenção. Apesar dos esforços para integração dos níveis de saúde e empenho dos gestores, observam-se falhas na logística de atendimento ao usuário do sistema. A utilização inadequada dos recursos está presente. (BAPTISTA et al., 2021, p. 2)

Com relação à enfermagem, esta representa o maior grupo de profissionais nos serviços de saúde, detentora de conhecimentos avançados e especializada em diversas áreas de cuidados. Esses profissionais estão na linha de frente e na vanguarda da prestação dos serviços de saúde, para tal é exigido das enfermeiras conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de atender às necessidades dos pacientes (CASTRO JÚNIOR *et al.*, 2019; HILL, 2017). Faz parte das atribuições da enfermagem a busca constante pela melhoria da assistência, construindo conhecimentos próprios da sua área de atuação para organizar e sistematizar a prática do cuidado, baseada tanto nas dimensões biológica, psicossocial e espiritual do ser humano (CASTRO JÚNIOR *et al.*, 2019). Essas dimensões englobam uma ampla gama de atividades que são importantes para a investigação da qualidade do cuidado (PINTO; SILVA; SOUZA, 2020) de enfermagem. As enfermeiras aumentam a segurança, a qualidade e a eficácia dos cuidados, portanto, são indispensáveis aos serviços de saúde (MASTAL; LEVINE, 2012). Entretanto, o valor do atendimento ambulatorial de enfermagem ainda é sub documentado, tornando difícil a sua mensuração (STORER BROWN, 2016).

Para garantir uma assistência de saúde adequada é necessário estabelecer metas de qualidade para os serviços. A avaliação da qualidade da assistência em saúde proposta por Donabedian (DONABEDIAN, 1988b) é amplamente utilizada como uma forma de categorizar os indicadores de saúde, ela baseia-se na tríade de dimensões: estrutura, processo e resultado. A dimensão estrutura engloba os

recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários para a prestação da assistência. A dimensão processo compreende as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde e usuários, como diagnóstico, tratamento, relacionamento entre a equipe de saúde e o usuário. E a dimensão resultados corresponde ao produto final da assistência, considerando a saúde, satisfação e expectativas dos usuários e profissionais de saúde.

A literatura tem apontado a relevância do uso de indicadores para avaliar o desempenho e a qualidade dos cuidados (DUFOUR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020). Entretanto, a avaliação da qualidade é uma tarefa complexa, sua realização envolve a seleção de indicadores para avaliação da assistência, que podem estar relacionados aos serviços de saúde, aos profissionais ou aos usuários (DONABEDIAN, 1988b). Além disso, foi observado a necessidade de considerar as características do nível de atenção para a utilização e desenvolvimento de indicadores específicos para cada contexto de atendimento, de forma que reflitam o envolvimento do paciente e da família na continuidade do cuidado (DUFOUR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020). Não foram encontrados estudos nacionais que abordassem o tema da avaliação de indicadores de qualidade em enfermagem na atenção secundária.

Os indicadores sensíveis à enfermagem (*Nurse Sensitive Indicators - NSIs*) podem apresentar-se como: doenças específicas; reinternações; educação do paciente; autocuidado; coordenação do cuidado; gestão de transição; satisfação do paciente, entre outros. A utilização desses indicadores pode auxiliar no destaque das contribuições que os cuidados de enfermagem proporcionam aos pacientes ao identificar processos de cuidados que influenciam nos resultados de saúde. A avaliação do impacto desses processos é uma forma de demonstrar o valor da enfermagem como prestadores de cuidados de saúde (MARTINEZ *et al.*, 2015).

A avaliação de qualidade é importante para o cuidado assistencial e gestão de custos dos serviços (PINTO; SILVA; SOUZA, 2020). Entretanto, estabelecer métricas para o atendimento ambulatorial é uma tarefa difícil, dada a grande variedade de configurações, composições de equipes, populações, funções, habilidades, documentações e recursos envolvidos (MARTINEZ *et al.*, 2015). Bons

indicadores devem funcionar em todas as populações e faixas etárias, serem facilmente extraídos dos prontuários e impactados diretamente pelos cuidados de enfermagem (MARTINEZ *et al.*, 2015). As características essenciais para um bom indicador de saúde segundo Dufour *et al* (2020) são: robustez empírica, validade e capacidade de replicação.

O principal objetivo da avaliação da qualidade é entender sua magnitude e distribuição, como é afetada pela sociedade, organizações e participantes. A avaliação da qualidade não contribui para a prática clínica, ela simplesmente determina se o manejo mais apropriado foi selecionado e implementado adequadamente, preocupando-se com dois conjuntos de distribuições: a qualidade entre os provedores de cuidados e entre seus destinatários (DONABEDIAN, 1988a).

Diante da importância da enfermagem na assistência ambulatorial, e por acreditar que seja parte das atribuições da enfermagem a preocupação com o desenvolvimento de práticas de cuidado de qualidade e em condições seguras, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: “o que se sabe sobre a avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em enfermagem?” com o intuito de reunir as melhores evidências científicas sobre a avaliação da qualidade da assistência em enfermagem ambulatorial.

2 OBJETIVOS

Esta dissertação de mestrado tem por objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as produções científicas nacionais e internacionais em saúde sobre indicadores de qualidade do atendimento ambulatorial em enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as estratégias mais utilizadas para avaliar a qualidade do atendimento ambulatorial em enfermagem.

Identificar indicadores para a avaliação da qualidade do atendimento ambulatorial em enfermagem especializada na atenção secundária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico serviu como base teórica para a construção e discussão da revisão de escopo. Buscou-se abordar temas e conceitos relacionados aos objetivos deste trabalho, além da discussão de alguns pontos que não puderam ser abordados no artigo, por meio de três tópicos, “As redes de atenção e os níveis de atenção no sistema único de saúde”; “Atenção ambulatorial especializada de enfermagem” e “Avaliação da qualidade na atenção ambulatorial”.

3.1 AS REDES DE ATENÇÃO E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “[...] *um sistema de saúde é composto por todas as organizações, pessoas e ações cuja intenção principal é promover, restaurar ou manter a saúde*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s. d.]). Portanto, inclui as instalações públicas e privadas, pessoas e recursos envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Entretanto, há uma grande variedade de sistemas de saúde em todo o mundo que refletem a história, cultura, economia e os sistemas políticos de seus Estados. Cada nação projeta e desenvolve sistemas de acordo com suas necessidades e recursos, e independentemente do tipo de sistema, todos enfrentam desafios no que diz respeito à qualidade, prestação de cuidados e custos dos serviços de saúde (CIEZA *et al.*, 2022).

Dentro dos sistemas de saúde, existem níveis de atenção que prestam diferentes tipos de cuidados. Frequentemente, são descritos como uma estrutura piramidal, apresentando de três a quatro níveis de atenção crescentes em especialização, sofisticação técnica e custos. A tipificação entre cuidados primários, secundários e terciários refere-se ao nível de complexidade e densidade tecnológica. Os profissionais de saúde destes níveis prestam, em conjunto, serviços como avaliação, diagnóstico, tratamento ou encaminhamentos para níveis subsequentes com base nas necessidades específicas de saúde (BRASIL; FRASÃO; RIBEIRO, 2022).

A **atenção primária** é responsável pelo maior número de pacientes, é a porta de entrada e o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. A continuidade dos cuidados é uma característica fundamental da APS, pois permite ao usuário a criação de vínculo com o profissional de saúde. A APS pode diagnosticar e tratar condições de saúde comuns dentro da sua área de especialização e tem a capacidade de avaliar a urgência de condição de saúde e encaminhar o paciente para outros serviços, quando necessário. (PRIMARY HEALTH CARE, [s. d.]) Diversos estudos têm demonstrado que quanto mais um sistema de saúde é orientado para a APS, melhores são os níveis de saúde da população, satisfação dos usuários e menores custos, o que gera sistemas mais efetivos, equitativos e de maior qualidade (SOUSA *et al.*, 2016). A APS é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e demais estratégias.

A **atenção secundária** corresponde aos cuidados especializados de média complexidade, prestados aos pacientes que foram regulados pela APS. Geralmente ocorrem em nível ambulatorial ou hospitalar e compreendem serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ou atendimentos de urgência e emergência (BRASIL; FRASÃO; RIBEIRO, 2022). Correspondem aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A **atenção terciária** apresenta cuidados de saúde especializados de alta complexidade e densidade tecnológica e de alto custo, geralmente prestados durante um longo período de tempo, envolvendo diagnósticos, procedimentos e tratamentos avançados e complexos realizados por especialistas em instalações de última geração, e geralmente encontram-se regionalizados (BRASIL; FRASÃO; RIBEIRO, 2022). Correspondem aos hospitais de grande porte, Centros de Tratamento Intensivo (CTI), Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Centros Cirúrgicos de grande porte, além de outras terapias.

No Brasil, o sistema de saúde vigente é SUS, criado a partir dos diversos movimentos sociais e políticos resultantes dos processos de redemocratização do

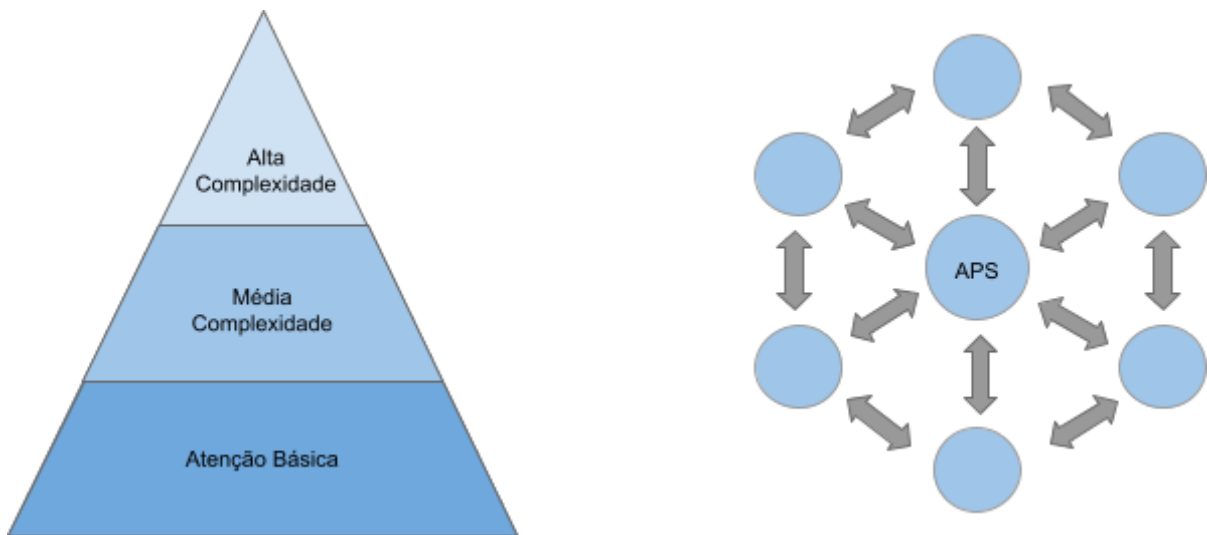
país, sendo os ideias desses movimentos refletidos na política de descentralização e participação social do sistema de saúde (SANTOS, MARA LISIANE DE MORAES DOS; BATISTON, ADRIANE PIRES, 2010). A Constituição Federal (1988) traz em seu Art.196 a saúde como “[...] direito de todos [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Os artigos seguintes – Art. 197, Art. 198, Art. 199 e Art. 200 – tratam das bases legais para a criação do SUS que a partir da Lei 8.080 (1990) regulamentou as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. O Decreto 7.508 (2011), regulamenta a Lei 8.080, que dispõe sobre a articulação entre os entes federativos, a organização e o planejamento da assistência no SUS.

A modificação dos sistemas de saúde é uma resposta às mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos e dos avanços das tecnologias em saúde (MENDES, 2010). As mudanças no perfil epidemiológico que vem ocorrendo no Brasil desde 1950 tornaram as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) uma das principais causas de morbimortalidade (FERREIRA *et al.*, 2017), de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 52% das pessoas com 18 anos ou mais informaram que apresentam pelo menos um diagnóstico de doença crônica (CAMPOS, 2020). Esses fatos demonstram a necessidade de transição de um sistema de saúde fragmentado para um sistema integrado de atenção à saúde que atue de forma contínua, proativa e resolutiva, diminuindo as lacunas assistenciais.

As RAS são organizadas de forma poliárquica, como demonstrado na Figura 1, com relações horizontais e de mesmo nível de importância entre os distintos pontos de atenção da rede, sendo a APS o centro coordenador (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. [...] todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

Figura 1 - Organização das Redes de Saúde.



Fonte: Adaptado de (MENDES, 2011, p. 86).

O Art. 198 da Constituição Federal (1988) traz as Diretrizes do SUS que fundamentam a criação das RAS.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080 (1990) – nos Art.7 e Art. 10 – dispõe sobre os princípios do SUS e a criação das regiões de saúde. Determina o fluxo de atendimento do usuário, definindo que: “[...] as ações e serviços de saúde, executadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (FERREIRA et al., 2017).

Entretanto, foi somente em 2010 que ocorreu a implementação das RAS, através da Portaria 4.279 (2010), que estabeleceu as diretrizes para a sua organização no SUS. O Decreto 7.508 (2011) - nos Art. 7, Art. 30 e Art. 32 - dispõe sobre a inserção das RAS nas Regiões de Saúde e que as ações e serviços de saúde integrado a elas serão organizadas e pactuadas pelas comissões intergestores.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A hierarquização do SUS ocorre para que o usuário tenha acesso universal, igualitário e ordenado, com ações e serviços de saúde que se iniciem na APS, e que continuem na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço necessário (FERREIRA *et al.*, 2017). Tem-se como referência o processo de encaminhamento do usuário para um nível de maior densidade tecnológica, enquanto a contrarreferência refere-se ao mesmo processo, porém encaminhando o usuário para um nível de menor densidade (FERREIRA *et al.*, 2017).

A integralidade da assistência, corresponde ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade (FERREIRA *et al.*, 2017), de maneira que o usuário tenha perto de sua casa um serviço da APS para intervir nas situações mais comuns. E quando essas necessidades não podem ser resolvidas por completo neste nível, então este é referenciado para um nível de maior complexidade para atendimento com especialistas (FERREIRA *et al.*, 2017).

O modelo de atenção às condições crônicas (MACC) é uma das possíveis formas de organização e articulação das RAS. Proposto por Mendes para a utilização do SUS, o MACC resulta da combinação dos modelos *Chronic Care Model* (CCM), Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) e do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead na Figura 2 (MENDES, 2011).

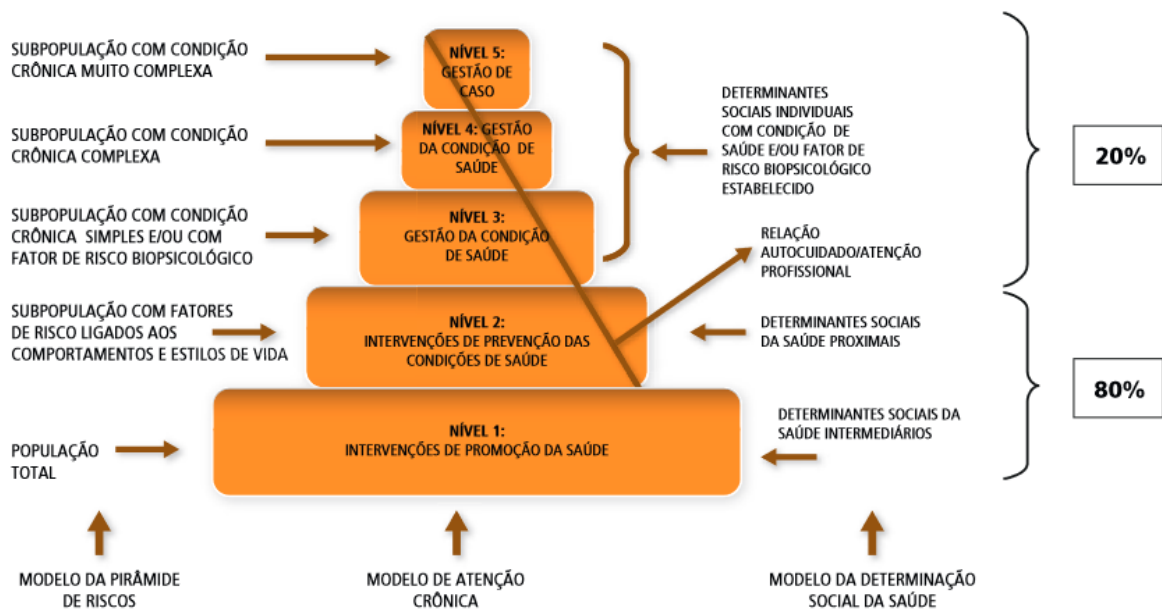
Figura 2 - Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: (MENDES, 2011, p. 248 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 1991).

Como apresentado na Figura 3, o MACC é composto por 5 níveis, os dois primeiros articulam o enfrentamento dos determinantes sociais intermediários e proximais. Os três últimos direcionam-se aos determinantes sociais individuais pressupondo a presença de condições de saúde estabelecidas ou fatores de risco. as ações de promoção e prevenção as condições de saúde apresentam altos impactos econômicos (MENDES, 2011).

Figura 3 - Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC).



Fonte: (MENDES, 2011, p. 246 *apud* MENDES, 2007).

3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Para garantir uma organização mais conveniente, separam-se as condições agudas de curso curto, e que podem ser respondidas por um sistema de atenção reativo e de resposta episódica, das condições crônicas de curso mais longo que exigem uma resposta proativa, contínua e integrada (MENDES, 2010). A Atenção Ambulatorial Especializada é responsável pelo atendimento das condições crônicas não agudizadas, sendo um ponto de atenção secundário integrado à RAS, coordenado e complementar à APS, dessa forma, evitando a redundância dos cuidados já oferecidos em outros níveis de atenção (MENDES, 2011).

O atendimento do especialista difere-se do atendimento prestado na APS, sendo mais medicalizado e focado no órgão e na doença. Nessa situação, o paciente não permanece na atenção especializada, e deve retornar a APS após a estabilização da sua condição de saúde (MENDES, 2015).

Normalmente, no ambiente ambulatorial, a visita do paciente é limitada a uma consulta com duração e periodicidade variáveis, levando em conta a possibilidade de diferentes apresentações desse serviço (MARTINEZ *et al.*, 2015). O restante do cuidado ocorre no domicílio do paciente, onde as condições ambientais não são

controladas, os medicamentos e intervenções são administradas pelo próprio paciente ou por um cuidador que pode ou não ser habilitado (MARTINEZ *et al.*, 2015). Apesar da limitação dos encontros com os pacientes, geralmente o relacionamento entre as enfermeiras ambulatoriais com pacientes e familiares é de longa duração (MASTAL, 2010).

No final da década de 1990, houve um enfoque na identificação e quantificação do trabalho da enfermagem no atendimento ambulatorial (MARTINEZ *et al.*, 2015). Nesse período, foram realizados os primeiros estudos descrevendo as práticas de enfermagem nesse ambiente (MASTAL; LEVINE, 2012). A pesquisa de Haas e Hackbarth (HACKBARTH *et al.*, 1995; HAAS *et al.*, 1995; HAAS; HACKBARTH, 1995b, 1995a) ajudou a delinear as funções da enfermagem no contexto ambulatorial. As atividades exercidas pela enfermagem podem ser divididas em: atividades assistenciais, organizacionais, educacionais e de pesquisa, com foco no paciente, na família e na comunidade (MASTAL, 2010), essas habilidades estão mais bem descritas na Figura 4.

Figura 4 - Habilidades e competências da enfermeira na atenção ambulatorial.

As habilidades e competências requeridas na atuação ambulatorial
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação dos problemas e preocupações dos pacientes; ● Análise crítica dos dados subjetivos e objetivos das condições de saúde; ● Planejamento de cuidados de enfermagem adequados; ● Implementação das intervenções de enfermagem adequadas e baseadas em evidências; ● Avaliação apropriada dos resultados de saúde; ● Defesa do paciente; ● Demonstrar compaixão, carinho e apoio emocional ao paciente e familiares; ● Sensibilidade às necessidades culturais, étnicas e relacionadas à idade do paciente; ● Encaminhar pacientes para serviços de saúde otimizados; ● Educação e apoio ao autocuidado para promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações secundárias; ● Realização de procedimentos de enfermagem; ● Consulta e colaboração com colegas profissionais; ● Documentação cuidadosa e completa dos cuidados prestados; ● Gestão dos cuidados e práticas clínicas de enfermagem e seus resultados; ● Uso e desenvolvimento de conhecimento de enfermagem apropriado e baseado em evidências; ● Liderança da equipe; ● Administração e coordenação de recursos e atividade clínicas; ● Organização do fluxo de trabalho.

Fonte: adaptado de (MASTAL, 2010, p. 1–3).

Os cuidados ambulatoriais são desafiadores e complexos do ponto de vista logístico em comparação com os cuidados intensivos (HAAS; SWAN, 2014; MARTINEZ *et al.*, 2015), além disso, variam em tamanho e volume de pacientes atendidos (STORER BROWN, 2016), o que pode levar a tratamentos inadequados, longas listas de espera, encaminhamentos incorretos, exacerbação de doenças e diminuição das chances de recuperação (JOHNS *et al.*, 2019). Outros desafios encontrados na assistência ambulatorial estão relacionados ao tempo de espera, a falta de coordenação do cuidado, ocorrência de eventos adversos (RAPIN; D'AMOUR; DUBOIS, 2015) e dificuldade de identificação de ações independentes, tendo em vista que a enfermeira faz parte de uma equipe com diversos profissionais (MARTINEZ *et al.*, 2015).

O acompanhamento ambulatorial de casos tem sido uma estratégia utilizada para reduzir as reinternações hospitalares (HAAS; SWAN, 2014; JACKSON *et al.*, 2015). Ainda que o foco da maioria das pesquisas que examinam o impacto do acompanhamento ambulatorial na prevenção de reinternações tenha se concentrado em doenças e condições específicas de saúde (HERNANDEZ *et al.*, 2010; MUUS *et al.*, 2010), metade dos pacientes readmitidos 30 dias após a alta hospitalar não receberam nenhum acompanhamento ambulatorial prévio. Os benefícios do acompanhamento após a alta hospitalar são variáveis, dependendo da condição e complexidade clínica apresentada pelos pacientes (JACKSON *et al.*, 2015).

A forma e os conhecimentos em relação ao atendimento ambulatorial têm evoluído nos últimos anos com o aparecimento de novos modelos de atendimento e conceitos de saúde, como a coordenação do cuidado (*care coordination*), gestão de transição (*transition management*), literacia em saúde (*health literacy*), cuidado centrado no paciente (*patient-centered care*), navegação do paciente (*patient navigator*) e *patient medical home* (MARTINEZ *et al.*, 2015).

Como forma de relacionar os problemas de acesso a saúde e de efetividade dos cuidados primários, surgiu, em 1980, no Estados Unidos, as *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)*, que foram baseadas nos conceitos de hospitalizações potencialmente evitáveis e de condições de saúde sensíveis à atenção ambulatorial. Esses indicadores consideram que a capacidade resolutiva da APS implica na

diminuição das hospitalizações pela implementação de medidas preventivas e melhoria dos atendimentos ambulatoriais (SOUSA *et al.*, 2016). No Brasil, a utilização desse indicador foi implementada pelo Ministério da Saúde em 2007 com o nome de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP).

Destaca-se, no contexto ambulatorial, o potencial da consulta de enfermagem como uma importante estratégia tecnológica de cuidado, resolutiva, respaldada por lei, privativa da enfermeira, com o objetivo de prestar a assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde e doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (CASTRO JÚNIOR *et al.*, 2019). É parte importante da aplicação do processo de enfermagem na prática assistencial, além disso, também pode ser utilizada nos cuidados a grupos populacionais (MASTAL, 2010).

A assistência de enfermagem deve estar pautada no cuidado qualificado. [...] Atendendo “aos pacientes de forma integral, individualizada e humana, conforme a necessidade em saúde destes.” (SPORTELLLO; CASTILHO; COSTA LIMA, 2021, p. 8)

O ambulatório é um ambiente que contribui positivamente para o crescimento da enfermagem e, conseqüentemente, para a formação profissional das enfermeiras (CASTRO JÚNIOR *et al.*, 2019). Ainda assim, apresenta desafios na sua atuação como, a insuficiência de registros de enfermagem, não utilização da linguagem padronizada de enfermagem na documentação de cuidados, tempo reduzido das consultas, limitações para a aplicação de cuidados preventivos, necessidade de priorização de atividades, falta de confiança e falta de recursos financeiros (HAAS; SWAN, 2014). Esses impasses são algumas das razões atribuídas a invisibilidade do trabalho da enfermagem e dificuldade de padronização da qualidade dos cuidados (GITNER *et al.*, 2015; SWAN; LANG; MCGINLEY, 2004). Identificar sugestões para a implantação de atividades educacionais por meio da educação continuada e educação permanente, além da gestão de recursos humanos, materiais e custos (BAPTISTA *et al.*, 2021; PINTO; SILVA; SOUZA, 2020) são estratégias que podem ser utilizadas para mitigar esses problemas.

3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL

Qualidade em saúde é um conceito complexo, pois existem diversas definições de qualidade relacionadas aos serviços de saúde, cada uma construída levando em consideração diferentes contextos e objetivos. Para a *International Organization for Standardization (ISO)*, o objetivo da gestão de qualidade é atender as necessidades dos clientes e exceder suas expectativas através de medidas organizadas, que servem para melhorar produtos, processos ou serviços de qualquer natureza (ISO, 2021). Para Thompson (1982), a qualidade é o resultado ideal alcançável para cada paciente, a prevenção de complicações e o atendimento às necessidades do paciente e da família, de maneira rentável, que gere lucro e que seja documentada (apud DEMLO, 1983, p. 162). Já para Parasuraman *et al* (1985), a qualidade dos serviços pode ser definida como a diferença entre o serviço esperado e o serviço recebido (apud RASHID; JUSOFF, 2009, p. 142). Geraedts *et al.* (2011) citam que a qualidade é a correspondência entre o real e o objetivo, determinado pelo cliente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade dos cuidados de saúde como o grau em que os serviços de saúde prestados possibilitam melhorias nos resultados de saúde. Para isso, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, oportunos, equitativos, eficientes e centrados no paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s. d.]). A definição da OMS reforça que a qualidade dos cuidados não depende apenas dos resultados de saúde, mas permeia uma variedade de fatores que devem ser levados em consideração para a aplicação de estratégias que melhorem a prestação dos serviços.

Muitas das definições de qualidade englobam a identificação e cumprimento das necessidades do paciente (RASHID; JUSOFF, 2009). Essas definições confirmam a importância dos relatos dos pacientes no processo de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, entretanto, eles não são os únicos que devem ser levados em consideração. Familiares, comunidade e prestadores de serviços de saúde também devem ser ouvidos quando se propõe melhorias de qualidade (GERAEDTS *et al.*, 2011). Os princípios propostos pelo *Picker Institute* para o

atendimento centrado no paciente inclui: acesso rápido a informações de saúde, tratamento eficaz realizado por profissionais de confiança; continuidade e transições suaves dos cuidados; envolvimento e apoio à família e cuidadores, informações claras, comunicação e suporte para o autocuidado; envolvimento nas decisões e respeito pelas preferências; apoio emocional, empatia e respeito, atenção às necessidades físicas e ambientais. Fundado em 1987, por Harvey e Jean Picker, o *Picker Institute* é uma organização sem fins lucrativos dedicada ao desenvolvimento e promoção de uma abordagem holística dos cuidados de saúde, reconhecendo a experiência de pacientes, funcionários, amigos e familiares. Trabalha em conjunto com governos, universidades, instituições de caridade, provedores, profissionais de saúde e o público, colocando as pessoas no centro dos cuidados (PICKER INSTITUTE, [s. d.]).

As pesquisas *patient-reported outcomes measures (PROMs)* e *patient-reported experience measures (PREMs)* complementam as medidas de resultados e permitem a compreensão mais abrangente dos dados de eficácia dos cuidados. Essas pesquisas podem ser usadas em diferentes grupos populacionais e em uma variedade de configurações, podendo ser direcionadas a um grupo específico ou a um aspecto do atendimento. Esforços, tempo e dinheiro são gastos na implementação das pesquisas de satisfação, por isso não devem ser aplicadas sem motivo (JAMIESON GILMORE *et al.*, 2022). Os dados quantitativos provenientes das PREMs podem ser usados como informações de desempenho dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (JAMIESON GILMORE *et al.*, 2022). São mais utilizadas em nível micro para a avaliação de desempenho de atividades individuais ou em equipe (JAMIESON GILMORE *et al.*, 2022). O *The National Health Service (NHS)* no Reino Unido utiliza as pesquisas PREMs para melhorar o desempenho e qualidade da prestação de serviços, como forma de medir o progresso e avaliar os resultados de saúde (TRITANY, 2019).

As preocupações com os custos, muitas vezes, competem com o desejo e a capacidade de oferecer cuidado de qualidade. O desenvolvimento de atividades que aumentam o desempenho e a qualidade podem levar a melhores resultados de saúde e economias significativas para os serviços (DUFOUR; DUHOUX;

CONTANDRIOPOULOS, 2020). As descrições atuais da prática baseada em evidências levam em consideração os custos e recursos na tomada de decisão. A prática baseada em evidências (PBE) é definida como o *“uso consciente e criterioso das melhores evidências em conjunto com a experiência clínica e valores do paciente, de forma a orientar as decisões tomadas pelos profissionais de saúde”* (HAAS, 2008). A PBE deve começar com uma revisão sistemática da literatura em resposta a uma pergunta prática, bem como a escolha do melhor desenho de estudo que se aplica à questão (HAAS, 2008). Os benefícios da PBE incluem melhorias na qualidade e segurança do atendimento, diminuição dos custos, melhora do tempo de prestação de cuidados, utilização de equipamentos apropriados e prevenção de complicações e eventos adversos (HAAS, 2008).

A enfermagem baseada em evidências é *“o processo pelo qual os enfermeiros tomam decisões clínicas usando as melhores evidências de pesquisa disponíveis, levando em conta sua experiência clínica e as preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis”* (DUFOR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020). Um grande número de estudos encontrados na literatura tem apoiado o uso dos indicadores para medição de desempenho, principalmente os indicadores de processo, pois esses são mais sensíveis às mudanças e mais facilmente modificáveis (DUFOR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020).

Embora exista uma gama ampla de métodos para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, eles necessitam de dados comparativos para avaliar o desempenho, por isso a necessidade de padronização da avaliação (STORER BROWN, 2016). Para realizar a comparação de desempenho de indicadores entre dois serviços semelhantes, são necessários dados descritivos e demográficos resumidos em um período de tempo definido (STORER BROWN, 2016), uma semana, um mês, um ano, por exemplo. A averiguação do nível de desempenho de uma unidade, serviço ou organização de saúde permite a visualização da tendência de desempenho (STORER BROWN, 2016), se a qualidade dos cuidados tem aumentado ou diminuído em comparação com outros serviços, e se as estratégias implementadas estão sendo efetivas.

Fundamental para alta confiabilidade nos cuidados de saúde é que cada paciente receba o cuidado certo, todas as vezes – garantindo a segurança, qualidade, eficácia e eficiência do atendimento ao paciente. (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH & QUALITY, 2008 apud STORER BROWN, 2016)

Por outro lado, o monitoramento da qualidade objetiva as informações contínuas de desempenho dos sistemas de cuidados para determinar seu sucesso ou fracasso, determinando possíveis falhas e correções necessárias (DONABEDIAN, 1988a). Já a garantia da qualidade é o somatório de todos os esforços de uma sociedade para salvaguardar e melhorar a qualidade, como educação, organização de recursos, financiamentos, regulamentações e assim por diante (DONABEDIAN, 1988a).

Poucas técnicas de mensuração da qualidade são capazes de abordar as múltiplas dimensões (DEMLO, 1983) que envolvem a definição de qualidade. Algumas delas enfatizam o conteúdo do cuidado ou as adequações de recursos, outras envolvem aspectos do ambiente e a interação com o item em avaliação (DONABEDIAN, 1988a). Entretanto, a avaliação da qualidade geralmente utiliza-se de procedimentos cíclicos semelhantes ao *Plan-Do-Check-Act (PDCA)* (GERAEDTS *et al.*, 2011). O modelo mais utilizado para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é atribuído a Avis Donabedian (1988b). O modelo da tríade Estrutura-Processo-Resultado tem sido amplamente empregado como um sistema de categorização de indicadores de saúde, pois baseia-se na premissa de que se não for possível avaliar a qualidade do cuidado diretamente ou completamente, pode-se inferir sobre ele a partir da observação dos cuidados que precederam aos resultados ou do contexto em que ocorreram. O modelo da tríade foi utilizado como base para a construção do conjunto de medidas de qualidade sensíveis aos enfermeiros no *National Quality Forum (NQF)* em 2004 (STORER BROWN, 2016).

O ponto de partida para o desenvolvimento de medidas de qualidade é a identificação dos resultados relevantes (GRIFFITHS; RICHARDSON; BLACKWELL, 2012). As medidas de estrutura descrevem a equipe prestadora de cuidados e o ambiente em que ocorrem. Quando uma medida de processo é estabelecida como uma medida de qualidade é porque sua relação com o resultado é conhecida (GRIFFITHS; RICHARDSON; BLACKWELL, 2012). As medidas de resultado

referem-se à capacidade dos provedores de avaliar e concluir os tratamentos (STORER BROWN, 2016). Os resultados sensíveis à enfermagem são aqueles alcançados ou afetados pelas intervenções de enfermagem (GRIFFITHS; RICHARDSON; BLACKWELL, 2012). A utilização de resultados para a avaliação da qualidade e das tecnologias de cuidado tem propósitos diferentes. Quando utilizados na avaliação das tecnologias, são usados para estabelecer as consequências das variáveis estruturais e de processo. Já na avaliação da qualidade, são usados para sugerir se o cuidado que precedeu os resultados foi bom ou não (DONABEDIAN, 1988a).

Algumas iniciativas para a obtenção de indicadores de qualidade do atendimento ambulatorial estão listadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Linha do tempo de iniciativas de qualidade em atendimento ambulatorial

Ano	Instituição	Medidas de Qualidade
1997 a 1999	American Nurses Association	Identificação e conceituação de dez indicadores de qualidade da assistência ambulatorial sensíveis à enfermagem
2004	National Quality Forum	Fase 1: estabelecimento de dez áreas prioritárias
2005	National Quality Forum	Fase 2: Revisão de um conjunto de 42 medidas "focadas no médico", representando sete áreas prioritárias
2007	Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)	Estabeleceu um incentivo financeiro para profissionais qualificados participarem de um programa voluntário de relatórios de qualidade. Torna-se CMS Physician Quality Reporting System (PQRS) que combina pagamentos de incentivos
2008	National Quality Forum	Aprovação de um conjunto de 86 medidas de desempenho em áreas prioritárias. Reavaliação de medidas não recomendadas. <i>Framework</i> para medir a coordenação dos cuidados. Fase 3: padrões de desempenho para atendimento em clínicas ambulatoriais especializadas
2010	National Quality Forum	Publicação das melhores práticas e medidas de desempenho para coordenação dos cuidados
2012	National Quality Forum	Aprovação de 12 medidas para a avaliação da coordenação dos cuidados

Fonte: Adaptado de (HAAS; SWAN, 2014, p. 5).

4 MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão da literatura apresentada no formato de uma revisão de escopo. As revisões de literatura têm como objetivo sintetizar as evidências científicas mais atuais sobre um determinado tema ou problema de pesquisa, recapitulando o que já se sabe sobre o assunto e apontando as principais lacunas no conhecimento, justificando a necessidade do desenvolvimento de novos estudos científicos (POLIT; BECK, 2018).

As revisões de literatura são, às vezes, relatórios autônomos destinados a comunicar o estado de evidência para outros profissionais, porém, as revisões também são usadas para estabelecer as bases para novos estudos e para ajudar os pesquisadores na interpretação de suas descobertas. (POLIT; BECK, 2018, p. 105)

4.1 REVISÃO DE ESCOPO

As Revisões de Escopo (ScR) ou “revisões de mapeamento” como também são chamadas, trata-se de um dos muitos tipos de estudo de revisões da literatura conhecidas. O desenvolvimento de novos tipos de abordagens de revisões são uma resposta ao crescente número de pesquisas que apresentam diferentes tipos de objetivos e de perguntas, o que exige o desenvolvimento de novas formas de sintetizar as evidências de maneira mais eficaz e rigorosa (PETERS *et al.*, 2020).

O presente estudo foi baseado no método de revisão de escopo, norteado por *Joanna Briggs Institute (JBI) - Methodology for JBI Scoping Review* (PETERS *et al.*, 2020). Optou-se por esse método, pois as revisões de escopo são utilizadas quando se tem por objetivo mapear as produções mais relevantes em um campo de interesse, identificando as lacunas no conhecimento, os conceitos-chave, os principais tipos e fontes de evidências científicas presentes na literatura. Sendo assim, a utilização de diferentes desenhos e tipos de estudo, torna-se útil nessa perspectiva (PETERS *et al.*, 2020; WHITTEMORE *et al.*, 2014).

Essa revisão seguiu as seguintes etapas propostas pela JBI: definição e alinhamento dos objetivos e questões de pesquisa; desenvolvimento dos critérios de inclusão de acordo com os objetivos e as questões; elaboração e planejamento da

estratégia de busca e seleção dos estudos; identificação daqueles mais relevantes; extração e mapeamento dos dados e sumarização dos resultados.

O protocolo desta revisão foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) sob o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/6YP7>.

4.1.1 Definição e alinhamento dos objetivos e questão de pesquisa

Os objetivos de pesquisa deste estudo foram construídos a partir do mnemônico PCC, sendo: **P**: *Population* – enfermeiras; **C**: *Concept* – qualidade da avaliação do atendimento; **C**: *Context* – serviços ambulatoriais, demonstrado na Figura 5.

Assim, a questão norteadora elaborada para esta revisão foi: “o que se sabe sobre a avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em enfermagem?”

Figura 5 - Mnemônico PCC.

P	<i>Population</i>	– “enfermeiras”
C	<i>Concept</i>	– “qualidade da avaliação do atendimento”
C	<i>Context</i>	– “serviços ambulatoriais”

Fonte: Elaboração própria.

4.1.2 Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Os critérios de inclusão foram artigos originais cujos objetos abordassem a avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em enfermagem. Assim, foram incluídos estudos com delineamento quantitativo, qualitativo e mistos. Elencaram-se estudos que tinham como participantes: enfermeiras envolvidas na assistência ambulatorial de serviços públicos ou privados de saúde, pacientes atendidos por enfermeiras em ambiente ambulatorial especializado ou estudos que descreviam atividades assistenciais de enfermagem ambulatorial.

Os critérios de exclusão foram: estudos teóricos, de revisão, metodológicos, de caso, editoriais, relatos de experiência, dissertações e teses. Não houve limite temporal e de idioma, visando a inclusão do maior número de estudos possíveis.






4.1.3 Elaboração da estratégia de busca

Os estudos foram selecionados em diferentes bases de dados e repositórios. Pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram verificadas as bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (Ibecs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Base de Dados de Enfermagem (Bdenf); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) via Ebsco; O Scientific Electronic Library Online (SciELO); PubMed; Web of Science; Embase e Scopus foram verificados, além da ferramenta Google Acadêmico.

A estratégia de busca foi definida, considerando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), os descritores selecionados foram: **"Ambulatory Care"**; **"Nursing Care"**; **"Secondary Care"**; **"Quality of Health Care"** e mantendo o operador booleano **AND**, respeitando as peculiaridades e características para cada base de dados, apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Estratégias de busca referentes às bases de dados e repositórios pesquisados.

Bases de dados e Repositórios	Estratégia de busca	(n)
	<p><i>("Nursing Care") AND ("Secondary Care") AND ("Quality of Health Care")</i> <i>("Nursing Care") AND ("Ambulatory Care") AND ("Quality of Health Care")</i></p>	114
	<p><i>("Nursing Care") AND ("Secondary Care") AND ("Quality of Health Care")</i> <i>("Nursing Care") AND ("Ambulatory Care") AND ("Quality of Health Care")</i></p>	83
	<p><i>(Nursing Care) AND (Secondary Care) AND (Quality of Health Care)</i> <i>(Nursing Care) AND (Ambulatory Care) AND (Quality of Health Care)</i></p>	69

	<i>(Nursing Care) AND (Ambulatory Care) AND (Quality of Health Care)</i> <i>("Nursing Care") AND ("Ambulatory Care")</i>	482
	<i>nursing AND care AND 'secondary health care' AND 'health care quality'</i> <i>nursing care' AND 'ambulatory care' AND 'health care quality'</i>	82
	<i>(Nursing Care) AND (Ambulatory Care) AND (Quality of Health Care)</i> <i>(Nursing Care) AND (Secondary Care) AND (Quality of Health Care)</i> <i>(Nursing Care) AND (Ambulatory Care)</i> <i>("Nursing Care") AND ("Secondary Care")</i> <i>("Ambulatory Care") OR ("Secondary Care") AND ("Nursing Care")</i>	613
	<i>("Nursing Care") AND ("Ambulatory Care") AND ("quality off health care")</i> <i>("Nursing Care") AND ("Secondary Care") AND ("quality off health care")</i>	33
	<i>"Nursing Care" AND "Ambulatory Care" AND "Quality of Health Care"</i>	50*

Fonte: Elaboração própria.

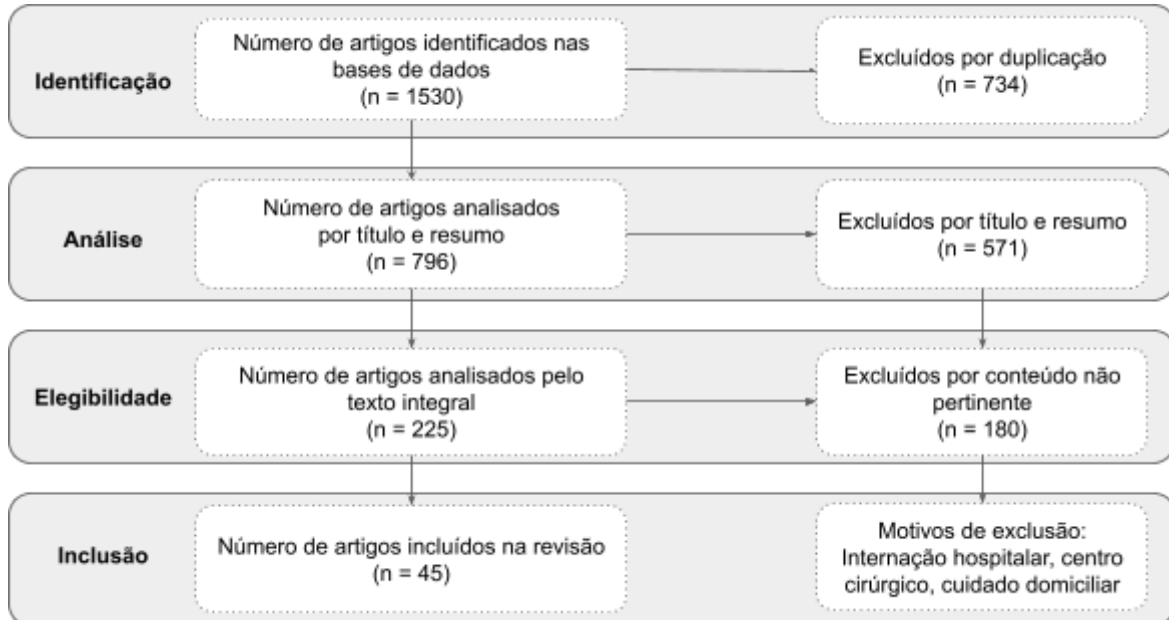
*As cinco primeiras páginas

As buscas foram realizadas durante o período de abril a outubro de 2022, por duas pesquisadoras. Para facilitar a organização dos artigos, estes foram compilados no gerenciador de referências Zotero[®].

4.1.4 Seleção dos estudos de relevância

O número de artigos obtidos a partir das buscas nas bases de dados e repositórios foi de 1530. Após a exclusão dos 734 artigos duplicados, resultou em um total de 796 artigos para seleção através da leitura dos títulos e resumos. A partir desta etapa foram selecionados 225 artigos para a análise na íntegra, levando a amostra final desta revisão de 45 artigos. As diferenças entre os achados foram resolvidas por consenso entre os dois avaliadores, com a possibilidade de uso de um terceiro avaliador para a resolução de discordâncias, sempre visando a inclusão do maior número de estudos possível. Não foi realizada a busca nas referências dos artigos incluídos na amostra pelo grande número de artigos já incluídos. O processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados está exemplificado na Figura 6.

Figura 6 - Processo de inclusão e exclusão dos estudos encontrados de acordo com as recomendações do PRISMA (MCGOWAN *et al.*, 2020).



Fonte: Elaboração própria.

4.1.5 Extração e sumarização dos resultados

Para a etapa da extração dos dados, foi utilizado um formulário estruturado criado a partir do *Google Forms*® (APÊNDICE A) para identificar e descrever os seguintes itens: Autor; Ano de Publicação; País; Periódico; Participantes; Abordagem Realizada e Principais Resultados relacionados a indicadores de qualidade.

A compilação dos dados desses formulários em planilhas a partir do *Google Sheets*® permitiu a síntese, interpretação dos dados e a análise numérica básica da extensão, da natureza e da distribuição dos estudos incorporados na revisão. A seguir, foi realizada a compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar a visão geral de todo o material, sendo estes organizados através da síntese temática dos resultados e agrupados em categorias segunda a tríade de Donabedian, utilizando quadros e figuras de acordo com a sua relevância.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

A presente revisão assegura o respeito aos preceitos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados, utilizando para citações e referências dos autores as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) segunda a NBR 6023 (2018). Por tratar-se de um estudo que utiliza dados públicos, não requer a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade que envolve o conceito de qualidade se dá pela diversidade de contextos e perspectivas que permeiam esse tema. Além disso, a definição de qualidade vem sendo aprimorada ao longo do tempo, à medida que novos aspectos sobre a qualidade tornam-se conhecidos, novas definições sobre o tema surgem.

Para garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade, é fundamental discutir a implementação de medidas que promovam melhorias contínuas, entretanto, é necessário considerar as diferentes perspectivas, contextos e ambientes para a aplicação de estratégias que visem aprimorar a prestação de serviços de saúde.

A necessidade de produção de pesquisas que discutam os desafios encontrados na Atenção Ambulatorial Especializada, principalmente na área da enfermagem, é essencial. Os profissionais de enfermagem compreendem grande parte do escopo de trabalhadores da área da saúde, então intervenções direcionadas a essa categoria terão maiores impactos. Além disso, a enfermagem desempenha um papel de grande importância na gestão de saúde, dessa forma pode impactar significativamente os padrões de qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

- AMADO, G. C.; FERREIRA, D. C.; NUNES, A. M. Vertical integration in healthcare: What does literature say about improvements on quality, access, efficiency, and costs containment?. **The International Journal of Health Planning and Management**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 1252–1298, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.3407> . Acesso em: 24 abr. 2023.
- AMEEL, M. *et al.* Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 29, n. 17–18, p. 3435–3444, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15382>
- ANDERSON, J.B. *et al.* Optimizing patient care and outcomes through the congenital heart center of the 21st century. **Congenit. Heart Dis.** [s. l.], v. 13, n. 2, p. 167–180, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/chd.12575>
- ARMES, J. *et al.* Development and Testing of the Patient-Reported Chemotherapy Indicators of Symptoms and Experience Patient-Reported Outcome and Process Indicators Sensitive to the Quality of Nursing Care in Ambulatory Chemotherapy Settings. **Cancer Nursing** [s. l.], v. 37, n. 3, p. E52–E60, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182980420>
- ARTHUR, V.; CLIFFORD, C. Rheumatology: a study of patient satisfaction with follow-up monitoring care. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 325–331, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00872.x>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023 - Informação e documentação — Referências — Elaboração**. 2a ed. Rio de Janeiro: [s. n.], 2018.
- BAPTISTA, S.C.P.D. *et al.* Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. **Rev. esc. enferm. USP**, [s. l.], v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>
- BLUME, K. S. *et al.* Staffing levels and nursing-sensitive patient outcomes: Umbrella review and qualitative study. **Health Services Research**, [s. l.], v. 56, n. 5, p. 885–907, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13647> . Acesso em: 24 abr. 2023.
- BORGES, M. M. *et al.* Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, p. 231–242, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/97LpXcVCCNwFdZyCLMDPXGd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2023.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. [S. l.], Brasília, DF: Senado Federal. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21

dez. 2021.

BRASIL. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.** [S. I.], Brasília, DF: Senado Federal. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** [S. I.], Brasília, DF: Senado Federal. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 dez. 2021.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** [S. I.], Brasília, DF: Senado Federal. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 dez. 2021.

BRASIL; FRASÃO, G.; RIBEIRO, K. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** [S. I.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 17 fev. 2023.

CALLEN, J. *et al.* Can technology change the work of nurses? Evaluation of a drug monitoring system for ambulatory chronic disease patients. **Int J Med Inform** [s. l.], v. 82, n. 3, p. 159–167, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.11.009>

CALVO, L.E.A.; SEPULVEDA-CARRILLO, G.J. Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. **Enferm. glob.** [s. l.], v. 16, n. 45, p. 353–383, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.231681>

CAMPOS, A. C. **IBGE: pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019.** [S. I.], 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019>. Acesso em: 3 maio 2023.

CASTRO JÚNIOR, A.R. *et al.* Consulta de enfermagem no cuidado ambulatorial às juventudes. **Rev. enferm. UFPE on line**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 1157–1166, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239115/31854>.

CHANG, B.L. *et al.* The effect of systematically varying components of nursing care on satisfaction in elderly ambulatory women. **West J Nurs Res**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 367–386, 1984. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/019394598400600402>

CIEZA, A. *et al.* Framing rehabilitation through health policy and systems research: priorities for strengthening rehabilitation. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 101, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00903-5>

CONNOR, J. A. *et al.* Measuring Care Coordination in the Pediatric Cardiology Ambulatory Setting. **JONA: The Journal of Nursing Administration** [s. l.], v. 48, n. 2, p. 107–113, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000581>

CUNHA, D. C. P. T. *et al.* Evolução do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca no primeiro retorno ambulatorial e três meses após alta hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [s. l.], v. 29, n. e3440, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4364.3440>

CUSACK, G.; JONES-WELLS, A.; CHISHOLM, L. Patient intensity in an ambulatory oncology research center: A step forward for the field of ambulatory care. **NURSING ECONOMICS**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 58–63, 2004.

DEMLO, L. K. Assuring quality of health care: An overview. **Evaluation & the health professions**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 161–196, 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/016327878300600204>

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 487–496, 1988a. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0266462300007571>

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed?. **JAMA**, [s. l.], v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988b. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

DUFOUR, É.; DUHOUX, A.; CONTANDRIOPOULOS, D. Measurement and Validation of Primary Care Nursing Indicators Based on a Wound Care Tracer Condition. **Journal of nursing care quality**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 63–69, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000403>

ERRICO, L.S.P. *et al.* The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Rev. Bras. Enferm.** [s. l.], v. 71, p. 1257–1264, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>

FERREIRA, M.L. *et al.* Atuação do Enfermeiro no Referenciamento e Contrarreferenciamento de Pessoas com Amputação. **Cogitare enferm.**, [s. l.], v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50601>

FIOCRUZ. **SUS: O que é?**. PenseSUS. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 4 maio 2023.

FONSECA, S.M.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; ADAMI, N.P. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 59, n. 5, p. 656–660, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500012>

FONT DIFOUR, M.V. *et al.* Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. **MEDISAN**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 1560–1566, 2014. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100011

FRIESE, C.R.; MANOJLOVICH, M. Nurse-physician relationships in ambulatory oncology settings. **J Nurs Scholarsh**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 258–265, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01458.x>

FULLMAN, N. *et al.* Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, [s. l.], v. 391, n. 10136, p. 2236–2271, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 90–98, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>

GERAEDTS, M. *et al.* Quality management in ambulatory care nursing and inpatient nursing in Germany. Specifics and current trends. **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Germany**, v. 54, n. 2, p. 185–193, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1199-4>

GESELL, S.B.; GREGORY, N. Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care. **Journal of nursing care quality**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 226–233, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001786-200407000-00009>

GITTNER, L.S. *et al.* Use of Six Sigma for Eliminating Missed Opportunities for Prevention Services. **Journal of Nursing Care Quality**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 254–260, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ncq.000000000000113>

GRIFFITHS, P.; RICHARDSON, A.; BLACKWELL, R. Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: Systematic scoping review. **Eur J Oncol Nurs**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 238–246, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.004>

HAAS, S.A. *et al.* Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part II--Comparison of role dimensions in four ambulatory settings. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 152–165, 1995.

HAAS, S.A. Resourcing Evidence-Based Practice in Ambulatory Care Nursing. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 26, n. 5, p. 319–322, 2008.

HAAS, S.A.; HACKBARTH, D.P. Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part III--Using research data to design new models of nursing care delivery. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 230–241, 1995a.

HAAS, S. A.; HACKBARTH, D.P. Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part IV--Developing nursing intensity measures, standards, clinical ladders, and QI programs. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 285–294, 1995b.

HAAS, S.A.; SWAN, B.A. Developing the value proposition for the role of the

registered nurse in care coordination and transition management in ambulatory care settings. **Nursing Economics** [s. l.] v. 32, n. 2, p. 70–79, 2014.

HACKBARTH, D.P. *et al.* Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part I--Methodology and analysis of data on current staff nurse practice. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 89–97, 1995.

HAMMELEF, K.J. *et al.* Implementing Distress Management Guidelines in Ambulatory Oncology: A Quality Improvement Project. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 31–36, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/14.cjon.s1.31-36>

HEALE, R. *et al.* Quality of Care for Patients With Diabetes and Multimorbidity Registered at Nurse Practitioner-Led Clinics. **Can J Nurs Res**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 20–27, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/0844562117744137>.

HERNANDEZ, A.F. *et al.* Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. **JAMA**, v. 303, n. 17, p. 1716–1722, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.533>

HILL, B. Do nurse staffing levels affect patient mortality in acute secondary care?. **British journal of nursing (Mark Allen Publishing)**, [s. l.], v. 26, n. 12, p. 698–704, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.12.698>

HJOERLEIFSDOTTIR, E.; HALLBERG, I. R.; GUNNARSDOTTIR, E. D. Satisfaction with care in oncology outpatient clinics: psychometric characteristics of the Icelandic EORTC IN-PATSAT32 version. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 19, n. 13–14, p. 1784–1794, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03095.x>

JACKSON, C. *et al.* Timeliness of Outpatient Follow-up: An Evidence-Based Approach for Planning After Hospital Discharge. **Annals of Family Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 115–122, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1753>

JAMIESON GILMORE, K. *et al.* The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. **Health Policy**, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.008>

JOHNS, G. *et al.* Current eating disorder healthcare services - the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. **BJPSYCH OPEN**, [s. l.], v. 5, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1192%2Fbjpo.2019.48>

KAMIMURA, A. *et al.* Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: A thematic analysis. **Cancer Nursing**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. E1–E7, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097%2FNCC.0b013e31820b6efa>

KOMATSU, H.; YAGASAKI, K. The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty. **European Journal of Oncology Nursing** [s. l.], v. 18, n. 4, p.

419–424, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.006>

LARSSON, I. *et al.* Patients' experiences of a nurse-led rheumatology clinic in Sweden: a qualitative study. **Nurs Health Sci**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 501–507, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00723.x>.

MACEDO, S.M. *et al.* Nursing care in Specialized HIV/Aids Outpatient Services. **Rev. Bras. Enferm.** [s. l.], v. 69, n. 3, p. 483–488, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690314j>

MARTINEZ, K. *et al.* Nursing-Sensitive Indicators in Ambulatory Care. **Nursing Economics**, United States, v. 33, n. 1, p. 59, 2015.

MASTAL, M.F. Ambulatory care nursing: Growth as a professional specialty. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 267–271, 2010.

MASTAL, M.; LEVINE, J. The value of registered nurses in ambulatory care settings: a survey. **Nursing Economics**, [s. l.], v. 30, n. 5, p. 295, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23198613/>

MCGOWAN, J. *et al.* Reporting scoping reviews-PRISMA ScR extension. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 123, p. 177–179, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.03.016>

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> Acesso em: 21 dez. 2021.

MENDES, E.V. **CONASS Debate 5 - Eugênio Vilaça Mendes**. *Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://youtu.be/9UnlqAdaN3o>. Acesso em: 23 dez. 2021.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS. [s. l.], p. 869–869, 2019. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9wn3u>. Acesso em: 5 dez. 2022.

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 431–436, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>

MOHAMMED, K. *et al.* Creating a patient-centered health care delivery system: a systematic review of health care quality from the patient perspective. **American journal of medical quality**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 12–21, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1062860614545124>

MOHRMANN, M. *et al.* The nursing process as an instrument for quality assurance of out-patient nursing services. **Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 245–251, 2005. Disponível em:

<https://doi.org/10.1055/s-2005-858490>

MUUS, K.J.; KNUDSON, A.; KLUG, M.G.; GOKUN, J.; SARRAZIN, M.; KABOLI, P.; Effect of post-discharge follow-up care on re-admissions among US veterans with congestive heart failure: a rural-urban comparison. **Rur Rem Health**, v. 10, n. 2, p. 1447, 2010. Disponível em: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/INFORMIT.394441387191288>

OERMANN, M.H.; DILLON, S.L.; TEMPLIN, T. Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives. **Journal For Healthcare Quality** [s. l.], v. 22, n. 6, p. 9–11; quiz 12, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2000.tb00159.x>

OERMANN, M.H.; TEMPLIN, T. Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. **Journal of Nursing Scholarship**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 167–172, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00167.x>

PALESE, A. *et al.* Hidden outpatient oncology Clinical Nursing Minimum Data Set: Findings from an Italian multi-method study. **European Journal of Oncology Nursing** [s. l.], v. 17, n. 4, p. 423–428, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.006>

PETERS, M.D.J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A.C.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). *In*: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

PFEIFFER, J.A. *et al.* Assessing RN-to-RN peer review on clinical units. **J Nurs Manag**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 390–400, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01321.x>.

PICKER INSTITUTE. **The Picker Principles of Person Centred Care**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>. Acesso em: 5 maio 2023.

PINTO, I.C. *et al.* Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [s. l.], v. 20, n. 5, p. 909–916, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500013>

PINTO, M.C.; SILVA, L.S.; SOUZA, E.A. A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 159–167, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>

POLIT, D.F.; BECK, C.T., Coautor. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. [S. l.: s. n.], 2018. E-book. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582714904>. Acesso em: 22 nov. 2021.

RAPIN, J.; D'AMOUR, D.; DUBOIS, C.A. Indicators for Evaluating the Performance and Quality of Care of Ambulatory Care Nurses. **Nursing Research & Practice**, [s.

I.], v. 2015, p. 1–8, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/861239>

RASHID, W. E. W.; JUSOFF, K. Service quality in health care setting. **International journal of health care quality assurance**, [s. l.], 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/09526860910975580>

ROOTMENSEN, G.N. *et al.* The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial. **Patient Education and Counseling** [s. l.], v. 70, n. 2, p. 179–186, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.021>

SANNA, M.C. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO CLIENTE. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 133–149, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234199302700100133>

SANTOS, M.L.M.; BATISTON, A.P. **Bases legais do SUS**: leis orgânicas da saúde. Editora UFMS. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15655>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SAWYER, L. M. *et al.* Expanding American Nurses Association nursing quality indicators to community-based practices. **Outcomes management**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 53–61, 2002. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/11949514>

SEABRA, P.R.C.; AMENDOEIRA, J.J.P.; SÁ, L.O. Testing Nursing Sensitive Outcomes in Out-Patient Drug Addicts, with “Nursing Role Effectiveness Model”. **Issues Ment Health Nurs**. [s. l.], v. 39, n. 3, p. 200–207, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1378783>

SEIBERT, K. *et al.* Quality of ambulatory medical care in the context of age and care-dependency: Results of a cross-sectional analysis of German health claims data. **Z Evid Fortbild Qual Gesundheits** [s. l.], v. 155, p. 17–28, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2020.06.005>.

SELVIN, M. *et al.* The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. **Journal of Forensic Nursin** [s. l.], v. 12, n. 2, p. 57–63, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jfn.000000000000107>

SENITAN, M.; ALHAITI, A. H.; LENON, G. B. Factors contributing to effective referral systems for patients with non-communicable disease: evidence-based practice. **International Journal of Diabetes in Developing Countries**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 115–123, 2018. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L620906260&from=export>.

SHARMA, S. K.; RANI, R. Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India: A critical analysis of national benchmarks. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. 2631–2637, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491754/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

SILVA, H.M. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM

PARA CLIENTES DIABÉTICOS. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 38, n. 3–4, p. 289–299, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71671985000400010>

SILVA, J.A.A. *et al.* The therapeutic route of chronic venous ulcer bearing patients and its effects towards nursing care. **R. pesq. cuid. fundam. online** [s. l.], v. 10, n. 4, p. 1041–1049, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1041-1049>

SISK, J.E. *et al.* Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial. **Ann Intern Med.** [s. l.], v. 145, n. 4, p. 273–283, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-16908918>

SKRUTKOWSKI, M. *et al.* Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources. **ONCOLOGY NURSING FORUM**, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 948–954, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/08.onf.948-954>

SOUSA, N.P. *et al.* Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev. bras. enferm**, [s. l.], v. 69, n. 1, p. 118–125, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690116i>

SPORTELO, E.F.; CASTILHO, V.; COSTA LIMA, A.F. Coverage for the cost of outpatient nursing procedures by the Unified Health System: a percentage analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026803692>

STORER BROWN, D. Perspectives in Ambulatory Care. Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators Series: Reaching for the Tipping Point in Measuring Nurse-Sensitive Quality in the Ambulatory Surgical and Procedure Environments. **Nursing Economics**, Pitman, New Jersey, v. 34, n. 3, p. 147–151, 2016.

SWAN, B.A.; LANG, N.M.; MCGINLEY, A.M. Perspectives in ambulatory care. Access to quality health care: links between evidence, nursing language, and informatics. **Nursing Economics**, Pitman, New Jersey, v. 22, n. 6, p. 325–332, 2004.

TOFANI, L.F.N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 4769–4782, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>

TRITANY, É.F. **Cuidados intermediários e hospitais comunitários: uma revisão integrativa.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

TUNA, R. *et al.* Planning for the Size of the Nursing Staff at an Outpatient Chemotherapy Unit. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. E115–E120, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/15.cjon.e115-e120>

VAN DEN BUSSCHE, H. *et al.* Satisfied General Practitioners and Critical Nursing Staff - Problems of Interprofessional Cooperation in the Home Care of Dementia

Patients. **Gesundheitswesen** [s. l.], v. 75, n. 5, p. 328–335, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1357-y>

VANDERBOOM, C.E.; THACKERAY, N.L.; RHUDY, L.M. Key factors in patient-centered care coordination in ambulatory care: Nurse care coordinators' perspectives. **Applied Nursing Research** [s. l.], v. 28, n. 1, p. 18–24, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.03.004>

VESSEY, J.A. *et al.* Enhancing Care Coordination Through Patient- and Family-Initiated Telephone Encounters: A Quality Improvement Project. **Journal of Pediatric Nursing** [s. l.], v. 30, n. 6, p. 915–923, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.012>

WALKER, R. C. *et al.* Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. **International Journal of Medical Informatics**, [s. l.], v. 124, p. 78–85, 2019.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505618309821>. Acesso em: 24 abr. 2023.

WHITTEMORE, R. *et al.* Methods for knowledge synthesis: an overview. **Heart & Lung: The Journal of Critical Care**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 453–461, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>

WILLIAMS, S. *et al.* Impact of a thoracic nurse-led chest drain clinic on patient satisfaction. **Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery** [s. l.], v. 14, n. 6, p. 729–733, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/icvts/ivs056>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Health Systems Governance**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.who.int/india/health-topics/health-systems-governance>. Acesso em: 3 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO). **PRIMARY HEALTH CARE**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>. Acesso em: 17 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO). **Quality of care**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>. Acesso em: 4 maio 2023.

YE, G. *et al.* One Size Does Not Fit All: Pediatric Patient Satisfaction Within an Integrated Health Network. **American Journal of Medical Quality** [s. l.], v. 31, n. 6, p. 559–567, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1062860615607989>

ZENDRATO, M.V.; HARIYATI, R.T.S.; AFIFAH, E. Outpatient nursing care implementations in Indonesian regional public hospitals. **Enfermería Clínica** [s. l.], v. 29 Suppl 2, p. 449–454, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.066>

ZINK, J. *et al.* Quality control in ambulatory health care. Results of an area-wide

study by the public medical service of the Baden-Württemberg health insurance. **Gesundheitswesen** [s. l.] v. 62, n. 6, p. 329–334, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-2000-11473>

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGOS PARA A REVISÃO DE ESCOPO

Avaliação de Artigo

Todos os artigos que foram incluídos na avaliação de Título e Resumo.

**Obrigatório*

1. Nome do Avaliador *

Marcar apenas uma oval.

- Bruna
- Daniela
- Deise
- Carlise
- Andrielli

2. Título do Artigo *

3. Link de Acesso | DOI *

4. Artigo vai ser... *

Marcar apenas uma oval.

- INCLUÍDO *Pular para a pergunta 5*
- EXCLUÍDO *Pular para a pergunta 16*
- DÚVIDA
- PARA DISCUSSÃO

Dados do Artigo

5. Ano de Publicação *

6. Periódico *

7. País do Estudo

8. Idioma

9. Objetivo | Questão de Pesquisa

10. Tipo de Estudo

11. Local | População | Amostra do Estudo

12. Principais Resultados | Análise (Triade de Donabedian - Estrutura | Processo | Resultados)

13. Conclusões | Considerações Finais

14. Sugestões | Limitações do Estudo

15. Referências para Recuperação

Artigo Excluído

Descrever as razões pelas quais o artigo vai ser excluído da amostra.

16. Motivos de Exclusão *

APÊNDICE B - QUADRO SINÓPTICO DOS ARTIGOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA, APRESENTANDO AUTORES, ANO, TÍTULO, PAÍS DE ORIGEM, IDIOMA E PERIÓDICO

Nº	Referência dos Autores / Ano	Título	País	Idioma	Periódico
1	(CUNHA <i>et al.</i> , 2021)	Evolução do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca no primeiro retorno ambulatorial e três meses após alta hospitalar	Brasil	Português	Revista Latino-Americana de Enfermagem
2	(SEIBERT <i>et al.</i> , 2020)	Quality of ambulatory medical care in the context of age and care-dependency: Results of a cross-sectional analysis of German health claims data	Alemanha	Alemão	Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes
3	(AMEEL <i>et al.</i> , 2020)	Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting	Finlândia	Inglês	Journal of Clinical Nursing
4	(ZENDRATO; HARIYATI; AFIFAH, 2019)	Outpatient nursing care implementations in Indonesian regional public hospitals.	Indonésia	Inglês	Enfermería Clínica
5	(ERRICO <i>et al.</i> , 2018)	The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs	Brasil	inglês	Revista Brasileira de Enfermagem
6	(HEALE <i>et al.</i> , 2018)	Quality of Care for Patients With Diabetes and Multimorbidity Registered at Nurse Practitioner-Led Clinics.	Canadá	Inglês	Canadian Journal of Nursing Research
7	(CONNOR <i>et al.</i> , 2018)	Measuring Care Coordination in the Pediatric Cardiology Ambulatory Setting.	EUA	inglês	The Journal of Nursing Administration
8	(SEABRA; AMENDOEIRA; SÁ, 2018)	Testing Nursing Sensitive Outcomes in Out-Patient Drug Addicts, with "Nursing Role Effectiveness Model"	Portugal	inglês	Issues in Mental Health Nursing
9	(ANDERSON <i>et al.</i> , 2018)	Optimizing patient care and outcomes through the congenital heart center of the 21st century	EUA	inglês	Congenital Heart Disease
10	(SILVA <i>et al.</i> , 2018)	The therapeutic route of chronic venous ulcer bearing patients and its effects towards nursing care	Brasil	Inglês	Revista de Pesquisa-Cuidado É Fundamental Online
11	(CALVO; SEPULVEDA-CARRILLO, 2017)	Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio	Colômbia	inglês	Enfermería Global
12	(YE <i>et al.</i> , 2016)	One Size Does Not Fit All: Pediatric Patient Satisfaction Within an Integrated Health Network	EUA	inglês	American Journal of Medical Quality
13	(SELVIN <i>et al.</i> , 2016)	The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective	Suíça	inglês	Journal of Forensic Nursing
14	(MACEDO <i>et al.</i> , 2016)	Nursing care in Specialized HIV/Aids Outpatient Services	Brasil	Inglês	Revista Brasileira de Enfermagem
15	(VESSEY <i>et al.</i> , 2015)	Enhancing Care Coordination Through Patient- and Family-Initiated Telephone Encounters: A Quality Improvement Project	EUA	inglês	Journal of Pediatric Nursing
16	(VANDERBOOM; THACKERAY; RHUDY, 2015)	Key factors in patient-centered care coordination in ambulatory care: Nurse care coordinators' perspectives	EUA	inglês	Applied Nursing Research
17	(TUNA <i>et al.</i> , 2015)	Planning for the Size of the Nursing Staff at an Outpatient Chemotherapy Unit	Turquia	Inglês	Clinical Journal of Oncology Nursing

18	(KOMATSU; YAGASAKI, 2014)	The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty	Japão	inglês	European Journal of Oncology Nursing
19	(HAMMELEF <i>et al.</i> , 2014)	Implementing Distress Management Guidelines in Ambulatory Oncology: A Quality Improvement Project	EUA	inglês	Clinical Journal of Oncology Nursing
20	(FONT DIFOUR <i>et al.</i> , 2014)	Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia	Cuba	Espanhol	Medisan
21	(ARMES <i>et al.</i> , 2014)	Development and Testing of the Patient-Reported Chemotherapy Indicators of Symptoms and Experience Patient-Reported Outcome and Process Indicators Sensitive to the Quality of Nursing Care in Ambulatory Chemotherapy Settings	Inglaterra	inglês	Cancer Nursing
22	(VAN DEN BUSSCHE <i>et al.</i> , 2013)	Satisfied General Practitioners and Critical Nursing Staff - Problems of Interprofessional Cooperation in the Home Care of Dementia Patients	Alemanha	Alemão	Gesundheitswesen
23	(PALESE <i>et al.</i> , 2013)	Hidden outpatient oncology Clinical Nursing Minimum Data Set: Findings from an Italian multi-method study	Itália	inglês	European Journal of Oncology Nursing
24	(CALLEN <i>et al.</i> , 2013)	Can technology change the work of nurses? Evaluation of a drug monitoring system for ambulatory chronic disease patients	Austrália	inglês	International Journal of Medical Informatics
25	(WILLIAMS <i>et al.</i> , 2012)	Impact of a thoracic nurse-led chest drain clinic on patient satisfaction.	Reino Unido	Inglês	Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery
26	(PINTO <i>et al.</i> , 2012)	Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective	Brasil	inglês	Revista Latino-Americana de Enfermagem
27	(PFEIFFER <i>et al.</i> , 2012)	Assessing RN-to-RN peer review on clinical units.	EUA	inglês	Journal of Nursing Management
28	(LARSSON <i>et al.</i> , 2012)	Patients' experiences of a nurse-led rheumatology clinic in Sweden: a qualitative study.	Suécia	inglês	Nursing and Health Sciences
29	(KAMIMURA <i>et al.</i> , 2012)	Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: A thematic analysis	EUA	inglês	Cancer Nursing
30	(FRIESE; MANOJLOVICH, 2012)	Nurse-physician relationships in ambulatory oncology settings.	EUA	inglês	Journal of Nursing Scholarship
31	(HJOERLEIFSDOTTIR; HALLBERG; GUNNARSDOTTIR, 2010)	Satisfaction with care in oncology outpatient clinics: psychometric characteristics of the Icelandic EORTC IN-PATSAT32 version	Islândia	inglês	Journal of Clinical Nursing
32	(SKRUTKOWSKI <i>et al.</i> , 2008)	Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources	Canadá	inglês	Oncology Nursing Forum
33	(ROOTMENSEN <i>et al.</i> , 2008)	The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial	Holanda	inglês	Patient Education and Counseling
34	(SISK <i>et al.</i> , 2006)	Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial.	EUA	Inglês	Annals of Internal Medicine
35	(FONSECA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2006)	Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial	Brasil	Português	Revista Brasileira de Enfermagem
36	(MOHRMANN M <i>et al.</i> , 2005)	The nursing process as an instrument for quality assurance of out-patient nursing services.	Alemanha	Alemão	Gesundheitswesen
37	(GESELL; GREGORY, 2004)	Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care.	EUA	Inglês	Journal of Nursing Care Quality

38	(CUSACK; JONES-WELLS; CHISHOLM, 2004)	Patient intensity in an ambulatory oncology research center: A step forward for the field of ambulatory care	EUA	inglês	Nursing Economics
39	(ARTHUR; CLIFFORD, 2004)	Rheumatology: a study of patient satisfaction with follow-up monitoring care	Reino Unido	inglês	Journal of Clinical Nursing
40	(ZINK <i>et al.</i> , 2000)	Quality control in ambulatory health care. Results of an area-wide study by the public medical service of the Baden-Württemberg health insurance	Alemanha	Alemão	Gesundheitswesen
41	(OERMANN; TEMPLIN, 2000)	Important attributes of quality health care: Consumer perspectives	EUA	Inglês	Journal of Nursing Scholarship
42	(OERMANN; DILLON; TEMPLIN, 2000)	Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives	EUA	Inglês	Journal for Healthcare Quality
43	(SANNA, 1993)	Avaliação da Assistência Ambulatorial de Enfermagem Segundo a Percepção do Cliente	Brasil	Português	Revista da Escola de Enfermagem da USP
44	(SILVA, 1985)	Programa de Assistência Ambulatorial de Enfermagem para Clientes Diabéticos	Brasil	Português	Revista Brasileira de Enfermagem
45	(CHANG <i>et al.</i> , 1984)	The effect of systematically varying components of nursing care on satisfaction in elderly ambulatory women.	EUA	Inglês	Western Journal of Nursing Research

APÊNDICE C - QUADRO SINÓPTICO DOS ARTIGOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA, APRESENTANDO TÍTULO, ABORDAGEM METODOLÓGICA, OBJETIVO, AMOSTRA E INDICADORES DE QUALIDADE

Nº	Título	Abordagem	Objetivo	Descrição da Amostra*	Indicadores
1	Evolução do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca no primeiro retorno ambulatorial e três meses após alta hospitalar	Quantitativo Observacional, analítico e longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a evolução do autocuidado de pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada, entre o primeiro retorno após alta hospitalar (T0) e três meses após essa avaliação (T1) 	Pacientes (Cardiologia)	Autocuidado
2	Quality of ambulatory medical care in the context of age and care-dependency: Results of a cross-sectional analysis of German health claims data	Quantitativo Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar indicadores de qualidade baseados em dados de rotina para o atendimento ambulatorial de idosos com necessidades de cuidados 	Indicadores de Qualidade (Geriatria)	Diagnósticos
3	Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting	Qualitativo Análise de dados secundários	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e descrever as intervenções de enfermagem na documentação do paciente em ambulatório psiquiátrico adulto • Explorar o potencial de uso da Classificação das Intervenções de Enfermagem na documentação neste ambiente 	Registros de Enfermagem** (Psiquiatria)	Cuidados de Enfermagem Organização do Serviço Processo de Enfermagem
4	Outpatient nursing care implementations in Indonesian regional public hospitals	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever a implementação da assistência de enfermagem nos ambulatórios de diversos hospitais 	Pacientes (Policlínica)	Comunicação Educação Permanente em Saúde Infraestrutura Processo de Enfermagem
5	The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs	Quantitativo Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a atuação do enfermeiro no pré-natal de alto risco na atenção secundária, considerando os problemas de enfermagem e as necessidades humanas básicas da gestante 	Registros de Enfermagem (Obstetria)	Coordenação do Cuidado Diagnóstico Processo de Enfermagem
6	Quality of Care for Patients With Diabetes and Multimorbidity Registered at Nurse Practitioner-Lead Clinics	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar até que ponto o atendimento ao diabetes foi completo • Determinar o impacto das ferramentas organizacionais, incluindo rastreamento de prontuário eletrônico, modelo de atendimento ao diabetes e encaminhamento para programas comunitários, na integralidade do atendimento a pacientes com diabetes e multimorbidade em clínicas conduzidas por profissionais de enfermagem 	Registros de Enfermagem (Endocrinologia)	Comunicação Coordenação do Cuidado Cuidados de Enfermagem Educação Permanente em Saúde Infraestrutura Organização do Serviço Processo de Enfermagem
7	Measuring Care Coordination in the Pediatric Cardiology Ambulatory Setting	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Descrevermos nossa experiência de modificação, implementação e medição de ferramentas da coordenação de atendimento ambulatorial no ambiente cardíaco pediátrico 	Enfermeiras*** (Cardiologia Pediátrica)	Coordenação do Cuidado Educação em Saúde
8	Testing Nursing Sensitive Outcomes in Out-Patient Drug Addicts, with "Nursing Role Effectiveness Model"	Quantitativo Transversal e correlacional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores que contribuem para um melhor resultado em usuários de drogas • Entender a eficácia das intervenções de enfermagem, por meio da aplicação do "Nursing Role Effectiveness Model" (NREM) 	Pacientes (Psiquiatria)	Cuidados de Enfermagem Diagnóstico Satisfação do Paciente Saúde Mental

* População e especialidade em estudo.

** Engloba todos os tipos de documentações preenchidas pela equipe de enfermagem.

*** Pela diversidade de locais de estudo e diferentes organizações da categoria de enfermagem, optou-se por padronizar a população como Enfermeiras, entretanto engloba diversos profissionais desta categoria.

9	Optimizing patient care and outcomes through the congenital heart center of the 21st century	Qualitativo Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> Compreender as métricas programáticas que criam um ambiente para fornecer excelente tratamento cardíaco total 	Profissionais de Saúde Familiares de Pacientes (Cardiologia Pediátrica)	Educação Permanente em Saúde Processo de Enfermagem
10	The therapeutic route of chronic venous ulcer bearing patients and its effects towards nursing care	Qualitativa Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a via terapêutica do paciente portador de úlcera venosa crônica Compreender seus efeitos no cuidado de enfermagem 	Pacientes (Estomaterapia)	Autocuidado Cuidados de Enfermagem Organização do Serviço
11	Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio	Quantitativo Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer as necessidades de cuidados de saúde de pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial 	Pacientes (Oncologia)	Autocuidado Educação em Saúde Saúde Mental
12	One Size Does Not Fit All: Pediatric Patient Satisfaction Within an Integrated Health Network	Quantitativo Retrospectivo	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os impactos relativos dos fatores em 4 áreas de serviços de saúde 	Pacientes (Pediatria)	Comunicação Infraestrutura Organização dos Serviços Relacionamento Enf-Paciente
13	The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective	Qualitativo Abordagem fenomenográfica	<ul style="list-style-type: none"> Descrever a percepção dos pacientes sobre o conceito de participação do paciente em cuidados psiquiátricos forenses 	Pacientes (Psiquiatria)	Autocuidado Comunicação Relacionamento Enf-Paciente
14	Nursing care in Specialized HIV/Aids Outpatient Services	Qualitativo Descritivo, exploratório com análise de discurso	<ul style="list-style-type: none"> Analisar os discursos acerca do cuidado produzido por enfermeiros que atuavam em Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids em quatro instituições públicas do município de Fortaleza, Ceará 	Enfermeiras (SAE HIV/Aids)	Educação Permanente em Saúde Relacionamento Enf-Equipe
15	Enhancing Care Coordination Through Patient- and Family-Initiated Telephone Encounters: A Quality Improvement Project	Qualitativo Melhoria de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> Examinar PITEs e como seus processos de implementação e resultados melhoram o cuidado coordenado para pacientes pediátricos complexos 	Pacientes (Pediatria)	Coordenação do Cuidado
16	Key factors in patient-centered care coordination in ambulatory care: Nurse care coordinators' perspectives	Qualitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os fatores que influenciam a coordenação do cuidado de enfermagem 	Enfermeiras (Policlínica)	Coordenação do Cuidado Processo de Enfermagem
17	Planning for the Size of the Nursing Staff at an Outpatient Chemotherapy Unit	Quantitativo Observacional	<ul style="list-style-type: none"> Criar um sistema de planejamento de dimensionamento de pessoal de enfermagem para uma unidade ambulatorial de quimioterapia em um hospital universitário 	Enfermeiras (Oncologia)	Cuidados de Enfermagem Dimensionamento de Pessoal
18	The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty	Qualitativo Exploratório	<ul style="list-style-type: none"> Compreender as experiências de enfermeiros oncológicos em serviços de aconselhamento e apoio ao paciente no ambiente ambulatorial 	Enfermeiras (Oncologia)	Coordenação do Cuidado Relacionamento Enf-Paciente Saúde Mental
19	Implementing Distress Management Guidelines in Ambulatory Oncology: A Quality Improvement Project	Quantitativo Melhoria de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a viabilidade e a utilidade das diretrizes de prática clínica de gerenciamento de sofrimento da Rede Nacional Abrangente de Câncer em oncologia ambulatorial 	Pacientes (Oncologia)	Saúde Mental
20	Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia	Quantitativo Descritivo, transversal	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como o nível de satisfação de quem os recebeu 	Pacientes Enfermeiras (Oncologia)	Competências de Enfermagem Processo de Enfermagem

21	Development and Testing of the Patient-Reported Chemotherapy Indicators of Symptoms and Experience Patient-Reported Outcome and Process Indicators Sensitive to the Quality of Nursing Care in Ambulatory Chemotherapy Settings	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver uma medida de resultado (indicadores de sintomas e experiência de quimioterapia relatados pelo paciente [PR-CISE]) para uso em ambientes de quimioterapia ambulatorial Avaliar sua viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar na prática clínica 	Pacientes (Oncologia)	Autocuidado Competências de Enfermagem
22	Satisfied General Practitioners and Critical Nursing Staff - Problems of Interprofessional Cooperation in the Home Care of Dementia Patients	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> Registrar o projeto e avaliação do processo de cooperação entre médicos de família e equipe ambulatorial, serviços de enfermagem no cuidado de pacientes com demência 	Profissionais de Saúde (Psiquiatria)	Comunicação Coordenação do Cuidado Relacionamento Enf-Equipe
23	Hidden outpatient oncology Clinical Nursing Minimum Data Set: Findings from an Italian multi-method study	Quantitativo Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar o conjunto de dados mínimos de enfermagem clínica oculto adotado por enfermeiras italianas em ambientes oncológicos ambulatoriais 	Registros de Enfermagem (Oncologia)	Processo de Enfermagem
24	Can technology change the work of nurses? Evaluation of a drug monitoring system for ambulatory chronic disease patients	Misto Descritivo, análise temática	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o impacto de um sistema eletrônico de monitoramento de medicamentos (eDMS) para pacientes reumatológicos ambulatoriais no tempo gasto pelos enfermeiros e no processo de monitoramento de medicamentos 	Enfermeiras (Reumatologia)	Competências de Enfermagem Organização do Serviço
25	Impact of a thoracic nurse-led chest drain clinic on patient satisfaction	Quantitativo Transversal, prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a prestação de cuidados, considerando vários aspectos do processo, incluindo consultas de agendamento e facilidade de remarcação de agendamento 	Pacientes (Cardiologia)	Competências de Enfermagem Organização do Serviço Satisfação do Paciente
26	Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective	Qualitativo Descritivo com análise temática de conteúdo de Bardin	<ul style="list-style-type: none"> Analisar as práticas assistenciais de enfermagem em um Centro de Atendimento Ambulatorial Especializado sob a ótica de uma atividade de atenção integral à saúde 	Enfermeiras	Dimensionamento de Pessoal Educação Permanente em Saúde Infraestrutura Organização do Serviço Satisfação Profissional
27	Assessing RN-to-RN peer review on clinical units	Misto Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Descobrir a extensão e a qualidade da revisão informal por pares entre enfermeiros em unidades de internação ou ambulatoriais 	Enfermeiras	Competências de Enfermagem Comunicação Educação Permanente em Saúde Relacionamento Enf-Equipe Satisfação Profissional Saúde Mental
28	Patients' experiences of a nurse-led rheumatology clinic in Sweden: a qualitative study	Qualitativo Exploratório, análise de conteúdo abordagem indutiva	<ul style="list-style-type: none"> Descrever as experiências dos pacientes de uma clínica de reumatologia dirigida por enfermeiras para aqueles submetidos a terapia biológica 	Pacientes (Reumatologia)	Comunicação Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente
29	Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: A thematic analysis	Qualitativa Análise temática de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> Examinar as características dos ambientes de prática de enfermagem que contribuem para a qualidade do atendimento ao paciente e a satisfação no trabalho de enfermagem 	Enfermeiras (Oncologia)	Comunicação Dimensionamento de Profissional Infraestrutura Organização do Serviço Relacionamento Enf-Equipe Satisfação Profissional

30	Nurse-physician relationships in ambulatory oncology settings	Misto Transversal e descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar as percepções dos enfermeiros sobre as relações enfermeiro-médico em ambientes oncológicos ambulatoriais, que estão ligados à segurança do paciente 	Enfermeiras (Oncologia)	Competências de Enfermagem Comunicação Coordenação do Cuidado Dimensionamento de Pessoal Infraestrutura Relacionamento Enf-Equipe
31	Satisfaction with care in oncology outpatient clinics: psychometric characteristics of the Icelandic EORTC IN-PATSAT32 version	Quantitativo Transversal, comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as características psicométricas da versão ISLANDEC European Organization for Research and Treatment of Cancer INPATSAT32 (EORTC IN-PATSAT32) • Comparar a satisfação com o atendimento entre sexo e diferentes faixas etárias 	Pacientes (Oncologia)	Comunicação Cuidados de Enfermagem Educação em Saúde Infraestrutura Organização do Serviço Satisfação do Paciente
32	Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources	Quantitativo Ensaio controlado randomizado	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar o impacto na continuidade dos cuidados de enfermagem prestados por uma enfermeira central em oncologia para melhorar o alívio dos sintomas e os resultados de pacientes com câncer de pulmão ou de mama 	Pacientes (Oncologia)	Autocuidado Coordenação do Cuidado Educação em Saúde Saúde Mental
33	The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial	Quantitativo Ensaio clínico randomizado duplo-cego	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os efeitos de um programa de assistência de enfermagem baseado em informações adicionais no tratamento de pacientes com asma e DPOC em um ambulatório de doenças pulmonares 	Pacientes (Pneumologia)	Autocuidado Cuidados de Enfermagem Educação em Saúde Educação Permanente em Saúde
34	Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial	Quantitativo Ensaio randomizado	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar os efeitos de uma intervenção liderada por enfermeiras focada em problemas de gerenciamento específicos versus cuidados usuais entre pacientes etnicamente diversos com disfunção sistólica em práticas de atendimento ambulatorial 	Pacientes (Cardiologia)	Autocuidado Coordenação do Cuidado Educação em Saúde Organização do Serviço
35	Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de satisfação de pacientes oncológicos com o atendimento recebido no Ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo 	Pacientes (Oncologia)	Educação em Saúde Educação Permanente em Saúde Infraestrutura Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente
36	The nursing process as an instrument for quality assurance of out-patient nursing services	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a qualidade dos resultados e a satisfação do cliente atendido de acordo com o SGB XI 	Pacientes	Competências de Enfermagem Cuidados de Enfermagem Educação Permanente em Saúde Organização do Serviço Processo de Enfermagem Satisfação do Paciente
37	Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever como um banco de dados dos EUA foi criado e analisados para auxiliar os esforços de melhoria de desempenho em centros de tratamento oncológico ambulatorial 	Pacientes (Oncologia)	Coordenação do Cuidado Educação em Saúde Infraestrutura Organização do Serviço Processo de Enfermagem Relacionamento Enf-Paciente Saúde Mental

38	Patient intensity in an ambulatory oncology research center: A step forward for the field of ambulatory care	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar um Piloto do Sistema de Intensidade Ambulatorial 	Pacientes (Oncologia)	Cuidados de enfermagem Dimensionamento de Pessoal Educação Permanente em Saúde Processo de Enfermagem
39	Rheumatology: a study of patient satisfaction with follow-up monitoring care	Quantitativo Comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar e contrastar a satisfação de pacientes com artrite reumatóide seguindo duas diferentes rotas de atendimento 	Pacientes (Reumatologia)	Coordenação do Cuidado Educação Permanente em Saúde Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente
40	Quality control in ambulatory health care. Results of an area-wide study by the public medical service of the Baden-Württemberg health insurance	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os cuidados de enfermagem prestados e todo o processo de enfermagem (documentado) 	Registros de Enfermagem	Processo de Enfermagem
41	Important attributes of quality health care: Consumer perspectives	Quantitativo Exploratório	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a importância para os consumidores dos atributos de qualidade dos cuidados de saúde e qualidade dos cuidados de enfermagem • Examinar a relação das perspectivas dos consumidores com o estado de saúde e variáveis demográficas selecionadas 	Pacientes	Comunicação Educação em Saúde Educação Permanente em Saúde Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente
42	Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives	Quantitativo Exploratório	<ul style="list-style-type: none"> • Identify indicators of quality of healthcare and nursing care important to clinic patients 	Pacientes	Autocuidado Comunicação Educação em Saúde Educação Permanente em Saúde Organização do Serviço Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente
43	Avaliação da assistência ambulatorial de enfermagem segundo a percepção do cliente	Qualitativo Abordagem Fenomenológica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a assistência de enfermagem prestada em um ambulatório, segundo a percepção do cliente que recebe essa assistência 	Familiares de Pacientes (Pediatria)	Cuidados de Enfermagem Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente
44	Programa de assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos	Quantitativo Comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • Relata a experiência realizada com uma amostra da população atendida naquele ambulatório 	Pacientes (Endocrinologia)	Autocuidado Educação em Saúde
45	The effect of systematically varying components of nursing care on satisfaction in elderly ambulatory women	Quantitativo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Examined selected components of care to determine which contributed most to elderly women's evaluation of health care in terms of both their general and specific satisfaction 	Pacientes (Geriatría)	Educação Permanente em Saúde Relacionamento Enf-Paciente Satisfação do Paciente

APÊNDICE D - LISTA DE PERIÓDICOS E O NÚMERO DE PUBLICAÇÕES

Periódicos (n)		
American Journal of Medical Quality (1)	Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery (1)	Nursing and Health Sciences (1)
Annals of Internal Medicine (1)	International Journal of Medical Informatics (1)	Nursing Economics (1)
Applied Nursing Research (1)	Issues in Mental Health Nursing (1)	Oncology Nursing Forum (1)
Canadian Journal of Nursing Research (1)	Journal for Healthcare Quality (1)	Patient Education and Counseling (1)
Cancer Nursing (2)	Journal of Clinical Nursing (3)	Revista Brasileira de Enfermagem (4)
Clinical Journal of Oncology Nursing (2)	Journal of Forensic Nursing (1)	Revista da Escola de Enfermagem da USP (1)
Congenital Heart Disease (1)	Journal of Nursing Care Quality (1)	Revista de Pesquisa-Cuidado É Fundamental Online (1)
Enfermería Clínica (1)	Journal of Nursing Management (1)	Revista Latino-Americana de Enfermagem (2)
Enfermería Global (1)	Journal of Nursing Scholarship (2)	The Journal of Nursing Administration (1)
European Journal of Oncology Nursing (2)	Journal of Pediatric Nursing (1)	Western Journal of Nursing Research (1)
Gesundheitswesen (3)	Medisan (1)	Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes (1)

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE E - LISTA DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PELOS ARTIGOS DA REVISÃO

Instrumentos de Avaliação
Classificação NYHA (New York Heart Association) ¹ (gravidade dos sintomas e a tolerância a atividades físicas dos pacientes com IC)
Self Care of Heart Failure Index v. 6.2 (SCHFI) ¹ (avaliação do autocuidado da IC)
Leeds Satisfaction Questionnaire (LSQ) ³⁹ (Satisfação dos pacientes com o cuidado)
Mental Health Inventory 5 (MHI 5) ⁸ (avaliação da saúde mental em adultos)
Escala para avaliar a Qualidade de Vida de consumidores de substâncias em programa de substituição de metadona (Murcho & Pereira, 2011) ⁸
Escala para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem prestados nos centros de saúde primários (SUCECS 26) ⁸ (satisfação com os cuidados de enfermagem em ambulatório)
Nursing Role Effectiveness Model (NREM) ⁸ (avaliação da qualidade, resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem)
Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde (HCAHPS) (mede as percepções dos pacientes sobre sua experiência hospitalar) ⁹
The Supportive Care Needs Survey Spanish Short Form 28 (SCNS-SFS28) ¹¹ e Supportive Care Needs Survey Short Form 34 (SCNS SF-34) ¹¹ (necessidades de cuidados de suporte de indivíduos com diagnóstico de câncer)
DISTRESS THERMOMETER ¹⁹ (avaliação rápida do sofrimento psicológico em pacientes com câncer)
Practice Environment Scale of Nursing Work. Index (PES-NWI) ³⁰ (Avaliar o ambiente de prática da enfermagem)
Peer Group Caring Interaction Scale (PGCIS) ²⁷ (medir o cuidado durante as interações informais entre pares de estudantes de enfermagem)
Patient-Reported Chemotherapy Indicators of Symptoms and Experience [PR-CISE] ²¹ (Avaliação da experiência e dos sintomas do paciente em quimioterapia)
12-item Short-Form Health Survey (SF-12) ³⁴ e 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) ⁴² (Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde)
Minnesota living with heart failure questionnaire (MLHF-Q) ³⁴ (avaliação da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca)
Outpatient Clinic Satisfaction Questionnaire-Pulmonology (OCSQ-P) ³³ (avaliação da satisfação do paciente com o cuidado recebido)

* População e especialidade em estudo.

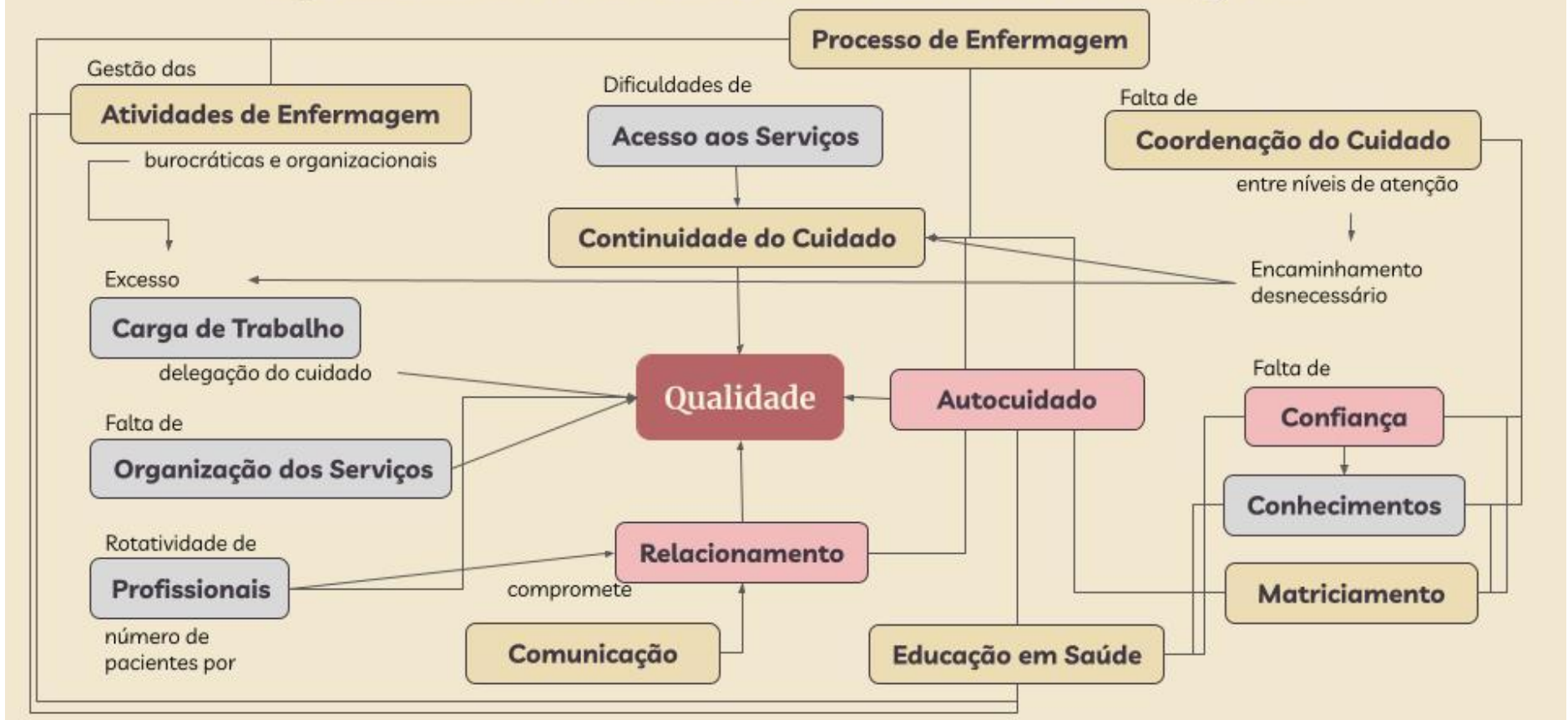
** Engloba todos os tipos de documentações preenchidas pela equipe de enfermagem.

*** Pela diversidade de locais de estudo e diferentes organizações da categoria de enfermagem, optou-se por padronizar a população como Enfermeiras, entretanto engloba diversos profissionais desta categoria.

Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ³³ (medir o impacto na saúde geral, na vida diária e no bem-estar percebido em pacientes com doença obstrutiva das vias aéreas)
A Symptom Distress Scale ³² (Avaliação dos níveis de angústia)
The Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) version 4 ³² (Avaliação da qualidade de vida)
Brief Fatigue Inventory (BFI) ³² (avaliação rápida dos níveis de fadiga em pacientes com câncer)
EORTC IN-PATSAT32 ³¹ (percepções dos pacientes com câncer sobre a qualidade dos médicos e enfermeiros do hospital)
The Quality Health Care Questionnaire (QHCQ) ^{41 42} (Importância de vários indicadores de qualidade de cuidado de saúde cuidados de enfermagem)

APÊNDICE F - MAPA CONCEITUAL SOBRE A QUALIDADE AMBULATORIAL EM ENFERMAGEM

Qualidade ambulatorial em enfermagem



ANEXO A - NORMAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM



 Open Access

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Publicação de: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo

Área: Ciências Da Saúde

Versão on-line ISSN: 1518-8345

(Atualizado: 23/11/2022)

Sobre o periódico

Informações básicas

A **Revista Latino-Americana de Enfermagem** é órgão oficial de divulgação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Centro Colaborador da OPS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem e tem como missão publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde. Caracteriza-se como periódico nacional, de circulação internacional que teve sua primeira edição publicada em janeiro de 1993. A versão impressa (ISSN 0104-1169) foi descontinuada em 2015. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*), com todos os artigos publicados nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. A revista é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC e indexada nas mais importantes bases indexadoras nacionais e internacionais.

A abreviatura de seu título é **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

Instruções aos autores

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde, por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico e de relevância social. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, Revisão e Cartas ao Editor; publica textos científicos divulgados em repositórios *Preprints* nacionais e internacionais, reconhecidos pela comunidade acadêmica.

A informação de que o texto é um *Preprint* deve vir na Carta de Apresentação ao Editor (*Cover Letter, download*), acompanhado do DOI (*Digital Object Identifier*) e do nome do servidor em que se encontra depositado.

A RLAE também publica textos cujos conteúdos (dados, códigos de programa e outros materiais) estejam disponibilizados em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica, estimulando fortemente tal depósito.

Artigos já publicados ou que estejam em avaliação em outro periódico, simultaneamente, não serão aceitos pela RLAE.

A avaliação de todos os textos científicos submetidos à RLAE é a de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e revisores. No artigo publicado é identificado o nome do Editor Associado condutor do processo avaliativo, que é iniciado pela pré-análise, realizada pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto científico é enviado ao Editor Associado, que o envia aos consultores. O Editor Científico Chefe, com base nos pareceres emitidos, decide pela aprovação, reformulação ou recusa do texto.

A RLAE segue a política de acesso aberto, do tipo *Gold Open Access* e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Ao critério do Conselho de Editores, chamadas temáticas podem ser publicadas.

A revista é normalizada seguindo os "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados aos periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) e adota as recomendações dos códigos de condutas ética em publicação do *Committee on Publication Ethics* (COPE) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors*.

É obrigatório a todos os autores e coautores realizarem a vinculação do seu registro ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*) à sua conta no sistema ScholarOne-RLAE. Além disso, é necessário aos autores informarem o registro ORCID nos seguintes documentos: "Declaração de Responsabilidade, Transferência de Direitos Autorais e Contribuição dos Autores" e "Title Page". Não serão aceitos autores sem registro.

Declaração de conflito de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, por ocasião da submissão do seu texto.

Os conceitos emitidos nos textos científicos submetidos à RLAE são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial.

A revista recebe para apreciação apenas textos científicos cuja coleta de dados tenha sido realizada há menos de três anos. A RLAE não aceita a submissão de manuscritos multipartes e/ou resultados parciais de uma mesma pesquisa, o que deve ser declarado, pelos autores, na Carta de Apresentação (*Cover Letter, download*).

Ferramentas para a detecção de similaridade de textos são utilizadas no processo de editoração.

Prioridade de publicação: prioriza-se a publicação de artigos resultantes de pesquisa que:

- Mostre o avanço de conhecimento científico.
- Contribua para o avanço da prática clínica e/ou ensino e/ou desenvolvimento de políticas públicas de saúde e/ou futuras pesquisas.
- Tenha alta qualidade científica, com método e análise apropriada para responder à questão de pesquisa.
- Mostre rigor, originalidade e criatividade na apresentação dos resultados.
- Apresente relevância e interesse global.
- Siga os guias recomendáveis para reportar os diferentes tipos de estudos.

2. Instruções gerais

2.1. Autoria

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo segundo os critérios de autoria das deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, determinando que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) Aprovação final da versão a ser publicada; 4) Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração (*download*) assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para a RLAE, no ato de submissão do texto.

O número de autores é limitado a seis e, excepcionalmente, será examinada a possibilidade de inclusão de outros autores, considerando as justificativas apresentadas por eles. A inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados não é justificativa, podendo, nesse caso, figurar na seção **Agradecimentos**, que inclui instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem autores.

Os textos científicos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico *ScholarOne*, em português ou inglês ou espanhol.

Devem ser submetidos acompanhados de cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou de Animais de acordo com o tipo de pesquisa. Para estudo do tipo Ensaio Clínico, a RLAE segue as recomendações do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) de Registro de Ensaios Clínicos, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e exige a apresentação do número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos, em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo, de uma das entidades descritas na sequência:

- *Australian New Zealand Clinical Trials Registry* (ANZCTR);
- *ClinicalTrials.gov*;
- *International Standard Randomised Controlled Trial Number* (ISRCTN);
- *Netherlands Trial Register* (NTR);
- *UMIN Clinical Trials Registry* (UMIN-CTR);
- *WHO International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP);
- *Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos* (ReBEC).

2.2. Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte institucional ou privado, para a realização do estudo. No caso daqueles realizados sem recursos financeiros, devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Os autores devem inserir na Carta de Apresentação (*Cover Letter, disponível aqui*) a declaração de ciência de que o texto científico, após submetido, não poderá ter nem a ordem e nem o número de autores alterados, sem prévias justificativa e informação à RLAE.

2.3. Cadastro do autor responsável

Nome(s) e sobrenome(s): o autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro do ORCID.

Correspondência: deve constar o nome e endereço completo para correspondência.

Instituição: podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação, por exemplo, "Universidade, Faculdade e Departamento". Essa informação deverá constar de forma idêntica também na *Title Page (download)*. Exemplo: *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil*.

2.4. Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais do texto submetido à RLAE, por meio da Declaração de Responsabilidade e transferência de direitos autorais, assinada por todos os autores (download)

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY. Essa licença permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação a partir do seu artigo, inclusive para fins comerciais, desde que atribuído o devido crédito pela criação original ao autor e créditos de publicação à RLAE. A Licença *Creative Commons* é recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

2.5. Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados e as pesquisas de abordagem metodológica qualitativa. São também considerados artigos originais as análises de teorias ou métodos que fundamentam a Ciência da Enfermagem ou de áreas afins.

Artigos de revisão: estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da

saúde. Dentre os métodos, incluem-se: metanálise, metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão sistemática, revisão integrativa, entre outros.

Cartas ao Editor: incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista (até os últimos três anos) ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

2.6. Destaques (*Highlights*)

São pontos que transmitem as principais conclusões do estudo; são obrigatórios para a publicação do artigo na RLAE e consistem em uma pequena coleção de aspectos que indicam as principais contribuições do texto submetido. Devem ser encaminhados em um arquivo editável e separado no sistema de submissão *on-line*. Use 'Destaques' (ou '*Highlights*') no nome do arquivo e inclua de 3 a 5 desses aspectos. Cada um deve ter, no máximo, 85 caracteres, incluindo os espaços.

2.7. Processo de submissão

O texto científico submetido à RLAE, após aprovação na pré-análise realizada pelo Editor Científico Chefe, será avaliado pela secretaria da revista, com base nas normas contidas nas instruções aos autores (<http://rlae.eerp.usp.br/section/6/para-autores>). Nessa etapa, os ajustes ao texto solicitados pela secretaria para os autores serão encaminhados, no máximo, por três vezes. Superado esse limite, o processo de submissão será encerrado.

2.8. Processo de julgamento

Os estudos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação serão enviados à pré-análise pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovados na pré-análise, e em conformidade com as normas, os textos serão enviados ao Editor Associado, para a seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realizará a recomendação para o Editor Científico Chefe, que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa dos textos, com base nas avaliações realizadas pelos consultores e pelo Editor Associado.

2.9. Custos de publicação

2.9.1. Taxa de processamento

A submissão do texto à RLAE não representa custo para os autores. Caso o texto seja aprovado na fase de pré-análise, os autores deverão pagar a taxa de processamento para prosseguir no processo de avaliação por pares. O comprovante de pagamento deverá ser anexado e encaminhado via sistema *ScholarOne*, em formato PDF, com data de pagamento atual e informações legíveis.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Dados bancários: Banco: Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 0028-0
Conta Corrente: 130.151-9

Mais informações sobre a taxa de processamento poderão ser obtidas em: <http://rlae.eerp.usp.br/section/7/taxa-de-processamento-e-br-traducoes>

2.9.2 Custos com revisão e traduções

Os autores deverão se responsabilizar pelos custos da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções para os demais idiomas de publicação indicados pela revista, conforme orientações a seguir:

2.9.2.1 Revisão gramatical

A revisão gramatical é solicitada aos autores antes da aprovação final do artigo e deve ser realizada por empresa credenciada pela Revista. O custo da revisão é de responsabilidade dos autores. É obrigatório o envio, junto ao texto revisado, da certificação emitida pela empresa credenciada. Este certificado deve ser anexado ao sistema *ScholarOne*, em campo específico (*Proofreading certificate*).

É obrigatória a conferência do texto, feita pelos autores, antes do envio da versão revisada à Revista. Se houver inadequações, será permitida apenas uma oportunidade para correção.

2.9.2.2. Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação final do texto científico, o qual deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele da submissão. Para garantir a qualidade das traduções, somente serão aceitas aquelas acompanhadas do(s) certificado(s) de tradução emitido(s) por uma das empresas credenciadas pela RLAE.

Exige-se dos autores que confiram cuidadosamente as versões de seu artigo antes de encaminharem-nas à RLAE para publicação, especificando em uma declaração que fizeram tal conferência e não encontraram divergências entre elas (incluindo-se palavras faltantes, ausência de parágrafos, idiomas misturados nas traduções, entre outros).

Mais informações sobre os custos de revisão e traduções, acesse: <http://rlae.eerp.usp.br/section/7/taxa-de-processamento-e-br-traducoes>

3. Preparação do texto científico (manuscrito)

3.1. Guias para apresentação do texto

Para melhorar a qualidade e a transparência das investigações em saúde, os textos devem seguir as orientações dos guias da Rede Equator, conforme o tipo de estudo:

- Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0 - *checklist*);
- Para ensaio clínico randomizado, utilizar o guia CONSORT (*checklist* e fluxograma);
- Para as revisões sistemáticas e de metanálise, utilizar o guia PRISMA (*checklist* e fluxograma);
- Para os demais tipos de revisão (*metassíntese, scoping review, mapping review, overview*, revisão integrativa, entre outros), utilizar as extensões do guia PRISMA, disponíveis em <http://www.prisma-statement.org/Extensions/>;
- Para estudos observacionais em epidemiologia, consultar o guia STROBE (*checklist*);
- Para estudos qualitativos, recomenda-se o guia COREQ (*checklist*).

Observação: em relação ao Guia CONSORT, informa-se que é obrigatório o registro **prospectivo** dos ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 2.1.

3.2. Estrutura

O texto deve conter a seguinte estrutura: título, resumo, descritores em português, *descriptors* em inglês, *descriptores* em espanhol, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Os nomes das seções **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências** deverão ser apresentados em negrito, com caixa alta somente na primeira letra (Exemplo: Resultados).

Os agradecimentos deverão constar apenas na Title Page (download).

3.3. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados o resumo, as tabelas, as figuras e as referências.

O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27" x 11,7"), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1").
- Fonte *Times New Roman* tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre as linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar itálico.

Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

3.4. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

3.5. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: **Objetivo**, **Método**, **Resultados** e **Conclusão**. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte *Times New Roman* tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O **Objetivo** deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O **Método** deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os **Resultados** devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A **Conclusão** deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais contribuições para o avanço do conhecimento científico.

Os **Ensaio Clínico** devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

3.6. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do *Medical Subject Headings* (MeSH) ou vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Devem ser incluídos seis descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

3.7. Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução.

As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e acompanhadas de sua abreviatura.

3.8. Método

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Os estudos de abordagem qualitativa devem explicitar o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

3.9. Resultados

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

3.10. Discussão

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

3.11. Conclusão

Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

4. Tabelas e figuras

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras.

As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima do seu conteúdo, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído. O "n" deverá ser incluído logo após os participantes do estudo.

4.1. Formatação das tabelas

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte *Times New Roman* tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

4.2. Menção e inserção das tabelas no texto

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: "...conforme a Tabela 1...".

4.3. Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

4.4. Notas de rodapé das tabelas

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

4.5. Siglas

A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário.

As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: *, †, ‡, §, || e ¶, sem a utilização de ponto final.

Exemplo: *GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura zigzag (da esquerda para a direita, de cima para baixo).

Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶, ***, †††, ‡‡‡, §§§, |||||, ...

4.6. Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados.

Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé.

Exemplo: *Cotação do Dólar EUA = R\$ 4,6693, em 10/03/2020

Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé.

Exemplo: *Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

4.7. Formatação não permitida

Quebras de linhas utilizando a tecla *ENTER*, recuos utilizando a tecla *TAB*, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

5. Figuras

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como "figura" no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.).

O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo.

As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (*Dots Per Inch* ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

5.1. Figuras: Quadros

Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Quadros, quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

5.2. Figuras: Gráficos

Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

5.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas

Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm.

Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

5.4. Figuras: Fotos

As fotos deverão estar nítidas, em alta resolução e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

5.5. Notas de rodapé das figuras

As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário; deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé.

6. Depoimentos de participantes dos estudos

Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte *Times New Roman* tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto. É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

7. Notas de rodapé no texto

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de três por página.

Utilizar a sequência *, **, ***.

8. Formatação das citações

8.1. Citações de referências no texto

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: (1-2,4).

Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço. Exemplo:Cândida albicans^(3-8,16,21).

A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

8.2. Citações de referências "ipsis literes"

Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte *Times New Roman* tamanho 12 e na sequência do texto.

9. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver.

Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com *link* de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais e dos últimos três anos. Os links para a averiguação devem estar com datas de acesso atualizadas.

As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O DOI (*Digital Object Identifier*) ou o *link* de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo.

Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao *site* <http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-da-rlae>.

10. Modelo de Carta de Apresentação (Cover Letter)

Carta de Apresentação (Cover Letter)

Cidade, dia, mês e ano.

Prezado(a) Editor(a) da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

[Informar como os achados e as conclusões do texto científico contribuem para o avanço do conhecimento para a área de saúde e enfermagem]

[Informar a(s) inovação(ões) do estudo]

Assim, submetemos à sua apreciação o texto científico intitulado "[título do texto]", o qual se adequa às áreas de interesse da RLAE. A revista foi escolhida por [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do texto científico].

Somente se aplicável: O texto é um *Preprint*, encontra-se publicado no repositório (nome do repositório/servidor), com o DOI (*Digital Object Identifier*) (número).

Todos os autores declaram ter ciência de que o estudo, após submetido, não poderá ter a ordem nem o número de autores alterados, sem informação e justificativa prévias à RLAE e ainda, que contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão.

Os autores certificam que o presente texto científico não se caracteriza como multipartes e/ou resultados parciais de um mesmo estudo e representa uma pesquisa original.

Os autores declaram, ainda, não haver conflitos de interesse em relação ao presente texto científico (Se houver conflito, os mesmos devem especificar quais são).

Nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

Observação: seguir o procedimento anterior (inserir nome completo, assinatura e número do registro ORCID) para todos os autores do texto.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3900, 14040-902 Ribeirão Preto SP Brazil, Tel.: +55 (16) 3315-3451 / 3315-4407 - Ribeirão Preto - SP - Brazil

E-mail: rae@eerp.usp.br

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 – 9º andar – Vila Clementino 04037-003 São Paulo/SP - Brasil

E-mail: scielo@scielo.org



Leia a Declaração de Acesso Aberto