



**FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS E CONCEITOS DA CLASSIFICAÇÃO DE
RESULTADOS: CONTRIBUIÇÕES NA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**
**PHILOSOPHICAL FUNDAMENTALS AND CONCEPT OF OUTCOMES CLASSIFICATION:
CONTRIBUTIONS IN NURSING ASSESSMENT**
**FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y CONCEPTOS DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS:
CONTRIBUCIONES EN LA EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA**

Graziele Ribeiro Bitencourt¹, Rosimere Ferreira Santana², Arianna Kassiadou Menezes³, Fabio Cimador⁴,
Romulo Delvalle⁵

RESUMO

Objetivo: refletir sobre os conceitos que sustentam a Classificação de resultados de enfermagem - Nursing Outcomes Classification - NOC. **Método:** estudo descritivo, tipo análise reflexiva da literatura. **Resultados:** a construção de acordo com a classificação tem como base os fundamentos de administração por meio de Avedis Donabedian e Ernest Codman. Considera, ainda, os postulados de Florence Nightingale relativos ao paciente e ao ambiente que poderiam resultar na manutenção e recuperação de saúde. Portanto, os princípios filosóficos da classificação sustentam a política de segurança do paciente, na “appropriateness” das intervenções de enfermagem e, consequentemente, no paradigma da qualidade em saúde. **Descritores:** Avaliação em Saúde; Classificações em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to reflect on the concepts supporting the Nursing Outcomes Classification - NOC. **Method:** a descriptive study type reflective analysis of the literature. **Results:** the construction according to the classification is based on management fundamentals by Avedis Donabedian and Ernest Codman. It also considers the postulates of Florence Nightingale for the patient and the environment that could result in the maintenance and recovery of health. Therefore, the philosophical principles of classification support the patient safety policy, “appropriateness” of nursing interventions and hence the quality paradigm in health. **Descriptors:** Health Assessment; Ratings on Health; Quality of Health Care; Outcome Assessment (Health Care); Nursing.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre los conceptos que sustentan la Clasificación de resultados de enfermería - Nursing Outcomes Classification - NOC. **Método:** estudio descriptivo, tipo análisis reflexiva de la literatura. **Resultados:** la construcción de acuerdo con la clasificación tiene como base los fundamentos de administración por medio de Avedis Donabedian y Ernest Codman. Considera, también, los postulados de Florence Nightingale relativos al paciente y al ambiente que podrían resultar en el mantenimiento y recuperación de salud. Por lo tanto, los principios filosóficos de la clasificación sustentan la política de seguridad del paciente, en la “appropriateness” de las intervenciones de enfermería y, consecuentemente, en el paradigma de la calidad en salud. **Descriptores:** Evaluación de la Salud; Clasificaciones en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Evaluación de Resultado (Atención de Salud); Enfermería.

¹Enfermeira, Mestra em Ciências em Saúde, Supervisora Técnica de Enfermagem, Gerente de Saúde da Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: gra_uff@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem, Professora Associada Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosifesa@gmail.com; ³Médica, Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente, Especialista em Geriatria e Gerontologia. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: arianna.kassiadou@yahoo.com; ⁴Enfermeiro Coordenador na ‘Azienda per l’Assistenza Sanitaria n.1 Triestina’ - Secretaria Municipal de Saúde de Trieste - Itália. Mestre em Gerenciamento e Funções de Coordenação de Profissões Sanitárias - Università “La Sapienza” - Roma - Itália. Responsável e gestor da qualidade assistencial em Instituições de Longa Permanência do Distrito nº 1 de Trieste, Região Autônoma do Friuli Venezia Giulia - Itália. E-mail: fabiocimador@yahoo.it; ⁵Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem Assistencial, Especialista em Gerontologia, Enfermeiro do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: delvalleromulo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde surge a partir da preocupação da diminuição de recursos. Tem-se como marco a Segunda Guerra Mundial, pelo aumento dos gastos com a saúde em consequência do grande desenvolvimento científico.¹ Desde então, diferentes conceitos, como qualidade em saúde, eficiência e eficácia surgiram a fim de reduzir e analisar os gastos sem prejuízo da melhora dos cuidados em saúde dos pacientes. Diferentes organizações procuraram sistematizar as informações dos resultados obtidos a fim de analisar os custos decorrentes do uso das tecnologias e práticas de saúde.^{2,3}

Desde Florence Nightingale, iniciou-se a análise de estratégias que podem auxiliar nos processos avaliativos por meio de informações sistematizadas. O empenho em identificar quais ações relativas ao paciente e ao ambiente poderiam desencadear a manutenção e a recuperação da saúde. Nightingale procurou mostrar que era possível e necessário um preparo formal e sistemático para a aquisição de conhecimentos no campo da Enfermagem.

No âmbito desta, esses conceitos auxiliaram na análise das intervenções que provocavam resultados no quadro de saúde do paciente. Em italiano, o termo “appropriatezza” do cuidado tem direcionado a mudança no ensino e prática da enfermagem italiana em busca de resultados positivos em saúde.⁴ Sustentam que na era das práticas assistenciais baseadas em evidência, o pensamento crítico com elaboração de um corpo de conhecimentos estruturados e apoiados em argumentos consistentes (pesquisas) e sustentáveis (análise dos custos), possam viabilizar o desenvolvimento de atitudes profissionais apropriadas.

Uma das tentativas de desenvolver e avaliar os resultados obtidos pela enfermagem estabelece a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification/NOC). Por esta, os resultados descrevem os estados e comportamentos de cada paciente ou do cuidador da família, tomados individualmente, inclusive as percepções e estados subjetivos.

O uso da classificação de resultados de enfermagem/NOC pode auxiliar na avaliação das ações de enfermagem pela análise do quadro clínico do paciente. Para tanto, aborda o resultado dessas intervenções a partir da descrição do estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado.⁵

A literatura apresenta discussões específicas sobre os resultados na avaliação em enfermagem, a maioria dos estudos aborda a aplicabilidade e uso da classificação, quadros clínicos específicos como o paciente em patologias crônicas.⁶ Além disso, publicações de validação de conteúdo em pacientes cirúrgicos e clínicos⁷ e ortopédicos⁸ podem ser observados. Todavia, nesse artigo enfoca-se a reflexão acerca da questão: quais os conceitos que sustentam a construção da classificação de resultados NOC?

OBJETIVO

- Refletir sobre os fundamentos filosóficos e conceitos adotados pela Classificação de Resultados NOC.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo análise reflexiva, sobre os fundamentos filosóficos e conceitos que embasam a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification/NOC) e suas contribuições no âmbito da avaliação em saúde. Tal reflexão, com base na literatura, compreende a construção desta classificação enquanto linguagem padronizada e suas contribuições na avaliação de resultados da prática de enfermagem e na qualidade da assistência.

RESULTADOS

◆ Implicações do paradigma da qualidade em saúde na avaliação dos resultados

Nas últimas décadas, desenvolveu-se a preocupação na aplicação de medidas que aprimorem a qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços. Alguns instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações hospitalares utilizam um conjunto de critérios a serem avaliados a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas.⁹

Os conceitos de avaliação dos resultados, ou era da qualidade, foram difundidos primeiramente em outras esferas, principalmente no setor industrial, os quais forneceram subsídios para a utilização de ferramentas da qualidade. Contudo, a evolução nos serviços de saúde, embora com sua discussão recente, possui seus antecedentes desde a metade do século XIX.¹⁰

Por meio destes registros, Florence arquivava os dados dos pacientes e utilizava seus conhecimentos de matemática e estatística para realizar suas avaliações de práticas sistematizadas. Pela utilização de

gráficos, apresentava os dados em uma forma clara para favorecer exposição.¹¹ Criou um diagrama e o utilizou para representar graficamente as taxas de mortalidade durante a Guerra da Criméia, mostrando, assim, o resultado de suas intervenções.

Outros estudos contribuíram para avaliação dos resultados. Um deles foi Ernest Codman, um cirurgião norte-americano que em 1910 propôs o sistema de padronização hospitalar conhecido como “resultado final”.^{12,13} Segundo ele, um hospital iria acompanhar cada paciente a longo prazo para determinar se o tratamento foi eficaz. Caso contrário, o hospital tentaria determinar a razão, para que casos semelhantes pudessem ser tratados com sucesso no futuro.

Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, também contribuiu na avaliação dos resultados. Pioneiro no setor saúde, dedicou-se de maneira sistemática em estudos sobre qualidade em saúde, com base em variáveis gerenciais. Procurava medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal e/ou do desempenho do equipamento. Considera ainda outras maneiras de realizar a avaliação através de indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica.¹⁴ Além disso, Donabedian abordou a Teoria de Sistemas com a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento

hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde.¹⁵

A Estrutura refere-se às características necessárias ao processo assistencial, como a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.¹⁶

Já o Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e a apropriação de recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados.¹⁷

Os Resultados referem-se às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes. Considera também as mudanças relacionadas aos conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.¹⁶

Além disso, a contribuição na ampliação do conceito de qualidade é expandida pelo uso dos chamados sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, apresentados na Figura 1.¹⁶

Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é vista pela comunidade ou sociedade em geral.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.

Figura 1. Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian.

Destes conceitos, a enfermagem emerge com a Classificação de Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification-NOC).⁴ Esta padroniza os critérios a serem avaliados nos clientes e utiliza de alguns conceitos propostos por Donabedian, principalmente para a avaliação do processo de enfermagem e os conceitos abordados pelos sete pilares.

Esses conceitos ajudam e sustentam a compreensão da Classificação NOC e podem ser observados a seguir.

◆ **Concepções da Classificação NOC na avaliação dos resultados**

A implementação de cuidados nas instituições de saúde pode ser realizada por profissionais de diferentes áreas, os quais contribuem para a alteração do quadro clínico do paciente. Entretanto, observa-se pouca clareza nos critérios de mensuração padronizada dos resultados obtidos a partir de intervenções de enfermagem.

A mensuração dos resultados de enfermagem deve avaliar especificamente a

resposta dos pacientes às intervenções fornecidas pela enfermagem que auxilia na determinação de mudança no estado de saúde ou bem-estar dos pacientes. O uso de resultados padronizados fornece dados necessários para elucidar o conhecimento de enfermagem e determinar a efetividade do cuidado.⁵

A atitude de avaliar se houve resultados nas intervenções de enfermagem implementadas conferem um caráter de proatividade profissional e organizacional, reforçando o compromisso com os preceitos éticos e com a responsabilidade assistencial. Trata-se de processos críticos e propositivos que visam concretizar a transposição das fronteiras que distinguem o cuidado inadequado daquele que seja considerado apropriado e socialmente aceitável à luz da contemporaneidade. Portanto, o conceito de “adequação” do processo de cuidado inclui aspectos referentes à evidência metodológica, à viabilidade de implementação das intervenções e à sua aceitabilidade individual e social.⁵

Ainda mais, se pensarmos no caminho a ser percorrido na estruturação da clínica da

enfermagem, no desenvolvimento de pesquisas clínicas solidificadas, o monitoramento da dosagem da intervenção de enfermagem é crucial. Carece da demonstração da eficácia e efetividade das intervenções, das especificidades da dose terapêutica empregada. Ou seja, na intervenção educação em saúde de um paciente diabético, masculino, idoso que mora sozinho, viúvo e que não consegue aderir ao regime terapêutico. É diferente de uma mulher, idosa, que mora sozinha, que possui diabetes, mas possui adesão ao seguimento das orientações. Todavia, há uma dose de intervenção diferenciada, e os resultados esperados, e os custos são diferenciados para o mesmo público, com o mesmo diagnóstico de enfermagem ou médico, e com a mesma intervenção. A enfermagem precisa documentar e comprovar de modo claro e sistemático essas situações num futuro, de forma a garantir a especificidade do seu fazer/cuidar que demonstrem a “apropriatezza” do seu cuidado.

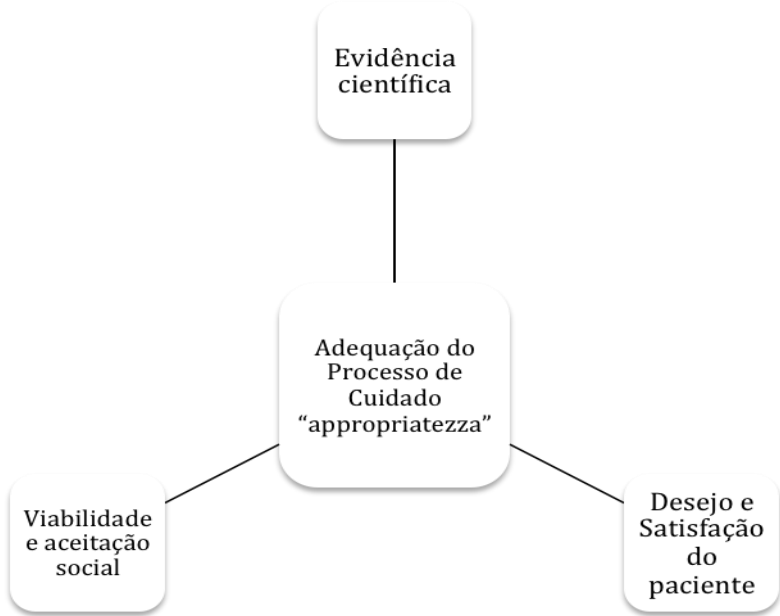


Figura 1. Bases conceituais da Adequação do Processo de Cuidado “Appropriatezza”. Rio de Janeiro, 2016.

Devido a essa crescente demanda para descrever e medir os resultados da prática, foram desenvolvidas terminologias, como a Nursing Outcomes Classification (NOC), iniciada em 1991¹⁸. Um grupo de enfermeiros experientes pesquisadores da Universidade de Iowa realizou vasta revisão de literatura com o propósito de apontar os resultados, influenciados pelas ações da enfermagem. Esses foram agrupados e refinados por enfermeiras peritas de diversas especialidades. Os Resultados de Enfermagem do Iowa Outcomes Project têm sido constantemente testados mundialmente para

verificar a sua validade e confiabilidade em várias especialidades. A primeira publicação da NOC foi em 1997 com a proposta de 190 resultados. A segunda e terceira edições datam de 2000 e 2004 com 260 e 330 resultados, respectivamente. Em 2008, com tradução publicada para o português em 2010, foi elaborada a 4ª edição, a qual abarca 385 resultados. Cada resultado possui indicadores específicos que correspondem a comportamentos, percepção ou estados mais concretos de um indivíduo, uma família ou

uma comunidade que servem como um vestígio para medir e avaliar um resultado.⁴

Estes indicadores possuem uma escala Likert graduada em cinco pontos para facilitar a identificação de alterações clínicas, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo. Deste modo, podem ser classificados como itens individuais para direcionar as intervenções de enfermagem e permitir a mensuração a partir do estado atual do paciente.¹⁹

A atual classificação apresenta a organização em sete domínios, ou seja, esfera de atividade, estudo ou interesse²⁰. São eles: Saúde funcional; Saúde fisiológica; Saúde psicossocial; Conhecimento e comportamento saudável; Saúde percebida; Saúde familiar e Saúde comunitária. Estes se distribuem em 31 classes, isto é, subdivisão de um grupo maior; uma divisão por pessoas, grau ou categoria.²⁰

Há 14 escalas para avaliar os resultados, as quais permitem a mensuração em qualquer ponto de um contínuo do estado clínico do paciente. O quinto ponto reflete a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do seu estado, por meio de diferentes pontuações, através de avaliações ao longo do tempo.⁸ São elas: extensão sobre a qual se propaga-se; frequência de características ou de uma percepção afirmativa ou de aceitação; grau de intensidade; frequência de deixar claro por relato ou comportamento; extensão de uma resposta ou estado negativo ou adverso; grau de proximidade a um estado desejado; grau de percepção das expectativas positivas; grau de informação cognitiva que é entendida.⁴ O uso da NOC possibilita, dessa maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado.

Considera-se o termo como aquele que recebe os cuidados de enfermagem, nos quais se espera produzir cuidados esperados, isto é, efetivos.⁴ Cada resultado pode ser aplicado nos níveis individual, familiar e comunitário, composto estruturalmente por título, indicadores, escalas de mensuração e referências de apoio. Porém, ressalta-se que

ocorrem mais resultados descritos na classificação para o nível individual, que coletivo ou familiar, talvez pela clássica atuação em ambiente hospitalar. E por isso, a necessidade de validação e estudos para enfermagem primária.

Uma outra limitação da classificação que merece reflexão, para futuro desenvolvimento, trata da concepção de definições conceituais para cada critério/estado de avaliação, ou seja, estabelecer parâmetros mensuráveis do que seria 1, 2, 3, 4 e /ou 5 para cada critério avaliado. Isso poderia diminuir os riscos de subjetividade na avaliação e uma maior harmonia no uso da classificação por enfermeiros distintos. Por outro lado, tal medida, tornaria as escalas complexas e sua legitimidade necessitaria de testes estatísticos de confiabilidade e validade, portanto, muitos estudos ainda precisariam ser realizados.

Além disso, do ponto de vista dos objetivos de aplicação da NOC na avaliação dos resultados do paciente, a classificação foi desenvolvida com o propósito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Uma das motivações para seu desenvolvimento foi a existência da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-INTERNATIONAL, que resultou na ideia da criação de outras duas classificações, uma de intervenções (Nursing Interventions Classification/NIC) e outra de resultados de enfermagem, que poderiam ser utilizadas de forma interligada.¹⁸

As ligações entre os resultados avaliados a partir dessa classificação e os diagnósticos evidenciados pela NANDA-I ocorrem através do conhecimento de enfermagem, o qual relaciona o problema ao estado de saúde atual do paciente e os aspectos deste ao estado que se espera que sejam desenvolvidos ou melhorados a partir de uma intervenção (Figura 2).

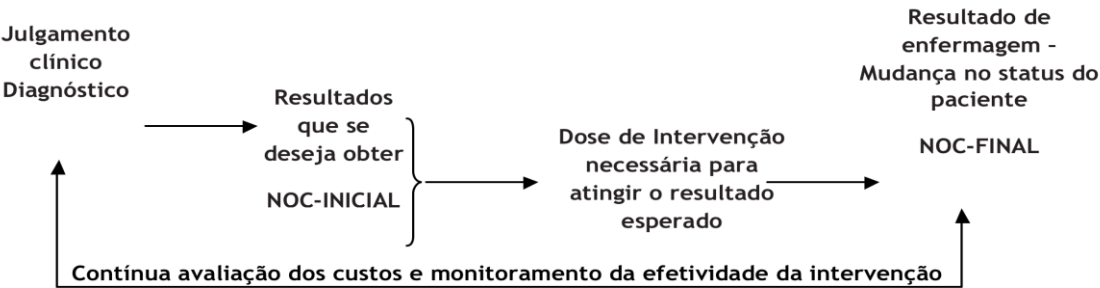


Figura 2. Processo de avaliação das ações de enfermagem.

Este modelo representa o trabalho de enfermagem e o relaciona à aplicação de conhecimento da área a ao método científico. Pode ser baseado no processo de enfermagem, auxilia na interligação dos 3 domínios de conhecimento focado nos: 1) diagnósticos, 2) intervenções e 3) resultados. As decisões clínicas sobre os cuidados dos pacientes são tomadas a partir das respostas, possíveis resultados e intervenções.²⁰⁻¹ Este processo não é linear, mas é embasado na reflexão de enfermagem e da resposta do paciente ao tratamento. Alterações no plano de cuidado podem ser feitas a partir da viabilidade desses resultados.

Cabe ressaltar aqui um possível ponto nevrálgico da aplicabilidade da classificação, ao detalhar os avaliadores/critérios de indicação de mudança do estado do paciente mediante uma intervenção de enfermagem, que permite perguntas para reflexão: será que estamos avaliando o resultado? Ou estamos concomitantemente modificando e avaliando o status do diagnóstico de enfermagem? Seriam necessárias as duas classificações? Ou seja, o a ausência do diagnóstico, ou sua piora, também não seria um indicativo de resultados de piora ou melhora do paciente? Essas são questões sem respostas que merecem ser debatidas, pesquisadas e testadas na prática de enfermagem.

Deste modo, a avaliação de cada resultado do cuidado de saúde inclui não só a eficácia das intervenções como também sua efetividade. Na pesquisa sobre eficácia, os resultados das intervenções são estudados em condições controladas, de modo que se admitem condições ideais, sem consideração dos custos; as de efetividade são estudos não controlados realçando quais os resultados realmente conseguidos com a prática.^{4,20}

Com a inclusão de novos resultados, torna-se necessária a validação de tais resultados a fim de verificar sua aplicabilidade em diferentes situações. Alguns resultados da NOC, delineados para medir resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, ainda não foram investigados quanto à validade de conteúdo e sensibilidade quando aplicadas intervenções de enfermagem⁹; contudo, os estudos já realizados têm mostrado que na maioria apresenta confiabilidade, validade e sensibilidade às mudanças.

Considera-se essa sensibilidade como alteração de um aspecto importante da adequação de uma medida, a extensão na qual essa medida é capaz de captar mudanças em um fenômeno⁴. Portanto, seu uso contribui na avaliação do efeito dos cuidados de

enfermagem e na identificação dos resultados do paciente sensíveis a este cuidado. A medida de resultados deve indicar mudança quando modificações clinicamente relevantes tenham ocorrido, e não mostrar mudança quando modificações clinicamente discerníveis não tenham ocorrido.^{8,9}

CONCLUSÃO

Pelo acompanhamento ao longo do processo de cuidado, a classificação pode contribuir com a análise de cada intervenção realizada, pelo seguimento dos níveis dos indicadores. Favorece ainda na identificação da melhora e piora dos pacientes, replicação das melhores intervenções bem-sucedidas, além do controle de custos de cada uma dessas. Para tanto, fazem-se necessários mais estudos com análise do conceito de cada resultado e utilização de critérios que facilitem a aplicação da classificação. Uma vez que o julgamento pode variar de acordo com a população em que a classificação é aplicada, estudos em diferentes grupos de sujeitos podem facilitar a avaliação em diferentes populações.

REFERÊNCIAS

1. Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Assessment of the technology of care relations in the health services: perception of the elderly included in the family health strategy in Bambuí, Brazil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 05];19(8):3441-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803441
2. Guimarães ZB, Rodrigues GRS, Menezes IG. Indicators as quality instruments for the practice of nurse care: report of an experience. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 12];27(1):93-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200234
3. El-Jardali F1, Hemadeh R, Jaafar M, Sagherian L, El-Skaff R, Mdeihly R et al. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014[cited 2016 May 20];14(86):1-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568632>
4. Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento e del Servizio Sanitario Nazionale (2012). *Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza*. Itália: Luglio.
5. Morilla-Herreira JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Cobos EB, Romero AD. Utility and validity of indicators from the Nursing outcomes classification as a support tool

Bitencourt GR, Santana RF, Menezes AK et al.

Fundamentos filosóficos e conceitos da classificação...

for diagnosing Ineffective self health management in patients with chronic conditions in primary health care. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2011[cited 2016 Mar 30];34(1):51-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532646>

6. Seganfredo DH, Almeida MA. Nursing Outcomes Content Validation According to Nursing Outcomes Classification (NOC) for Clinical, Surgical and Critical Patients. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 30];19(1):34-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412627>

7. Seganfredo DH, Almeida MA, Unicovsky MR. Nursing outcome indicator validation for patients with orthopedic problems. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 02];44(4):1059-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0080-62342010000400029

8. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 10];29(6):1063-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0080-62342010000400029

9. Manzo BF, Brito JM, Corrêa AR. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2012[cited 2016 May 06]; 46(2):388-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0080-62342012000200017

10. Heydari A, Fatemi SNL. Nursing developments in Iran during World Wars I & II: A historical study. *J Nurse Midwifery* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 10];2(1):1-8. Available from: http://jnms.mazums.ac.ir/browse.php?a_id=57&sid=1&slc_lang=en

11. Hirsch JA, Schaefer PW, Romero JM, Rabinov JD, Sanelli PC. Comparative effectiveness research. *AJNR Am J Neuroradiol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 02];35(1):1677-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24874531>

12. Fortes MT, Mattos RA, Baptista T. Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation in France, United Kingdom and Cataluña. *AMB rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011[cited 2016 Apr 10];57(2):239-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21537714>

13. Glenn G, Gardner A, O'Connell J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *J clin nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 10];23(1):145-55. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23834585>

14. Tanaka OU. Primary health care evaluation: a new approach. *Rev Saúde Soc* [Internet]. 2011[cited 2016 Mar 10];20(4):927-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0104-12902011000400010

15. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Health*. 1ed, Michingan:Administration Press;1980.

16. Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of chinese patients in Guangdong Province, China. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2016 [cited 2016 June 01];16(1):335-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27484465>

17. Garbin LM, Rodrigues CC, Ross LA, de Carvalho EC. Nursing Outcome Classification (NOC): identification of the related scientific production. *Rev. Gaúcha* [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 02];80(3):508-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20187433>

18. Crossetti MGO, Bittencourt, GKGD, Lima AAA, Goes MGO, Saurin G. Structural elements of critical thinking of nurses in emergency care. *Rev gaúch Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 Mar 10];35(3):55-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25474841>

19. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes*. 5ªed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2013.

20. Ferreira JDL, Brito KKG, Aguiar ESS, Lima CLJ, Soares MJGO, Costa MML. The International classification for nursing practice: participation of brazilian nurses in the project of the international council of nurses. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 02];7(4):1189-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0103-21002009000700006

Submissão: 04/03/2015

Aceito: 05/08/2016

Publicado: 15/11/2016

Correspondência

Graziele Ribeiro Bitencourt

Rua Doutor Celestino, 74

CEP 20540-330 – Niterói (RJ), Brasil